

ANNALES  
DE L'OREILLE, DU LARYNX

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

---

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES

---

M  
G  
F  
S  
L  
G

L  
pr

# ANNALES

DES MALADIES

## DE L'OREILLE, DU LARYNX

### DU NEZ ET DU PHARYNX

Fondées par MM. ISAMBERT, KRISHABER, LADREIT DE LACHARRIERE

PUBLIÉES PAR

**A. GOUGUENHEIM** ET **M. LERMOYEZ**

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Médecin des hôpitaux

**Avec la collaboration de**

MM. les D<sup>rs</sup> AYSAGUER, BOULAY, CASTEX, H. CHATELLIER, COURTADE, CUVILLIER, GELLÉ, GLOVER, HELME, LÖEWENBERG, J. B. MARTY, MOUNIER, LANNOIS, agrégé de la Faculté et médecin des hôpitaux de Lyon, GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon, VACHER (Orléans), COUETOUX (Nantes), LICHTWITZ (Bordeaux), DUGARDIN (le Havre), HAMON DU FOUGERAY (le Mans), F. SUAREZ DE MENDOZA (Angers), RAUGÉ (Challes), AIGRE (Boulogne sur-Mer), SÉNAC LAGRANGE (Cauterets), DELSTANCHE, CAPART, LAURENT (Bruxelles), SCHIFFERS (Liège), P. KOCH (Luxembourg et Nancy), SZENES, NEUMAN (Budapest), ZAUFAL (Prague), POLITZER, SCHRÖTTER, CHIARI, HAJEK (Vienne), JACOBSON, LUBLINSKI, F. PELTESOHN, E. MEYER (Berlin), ZIEM (Danzig), LANGE (Copenhague), OUSPENSKI (Moscov), T. HERYNG, T. HEIMAN (Varsovie), E. WOAKES, LENNOX BROWNE (Londres), LABUS (Milan), C. CORRADI (Vérone), GRADENIGO (Turin), STRAZZA (Gênes), COZZOLINO (Naples), FENOGLIO (Cagliari), D'AGUANO (Palerme), SOLIS-COHEN, RANDALL, SAJOUS (Philadelphie), CL. BLAKE (Boston), BRYSON-DELAN (New-York), SÉCRÉTAN (Lausanne), C. M. DESVERNINE (la Havane), A. J. BEEHAG (Sidney).

**Et avec le concours de**

MM. les Professeurs VERNEUIL, DUPLAY, TILLAUX, TERRIER et BERGER, D<sup>rs</sup> DE SAINT-GERMAIN, PÉRIER, POZZI, LABBÉ, HUMBERT, RICHELOT, TERRILLON, RECLUS et PICQUÉ, chirurgiens des hôpitaux de Paris, Professeurs FOURNIER, GRANCHER, PROUST, D<sup>rs</sup> C. PAUL, DUJARDIN-BEAUMETZ, J. SIMON, DESCROIZILLES, SEVESTRE, HALLOPEAU, HUCHARD, LABADIE-LAGRAVE, DANLOS, ALB. ROBIN, BALZER, BARTH, LETULLE, CHAUFFARD, NETTER, médecins des hôpitaux de Paris, NIMIER, agrégé au Val-de-Grâce, J. TEISSIER, prof<sup>r</sup> à la Faculté de Lyon, COYNE et MASSE, prof<sup>rs</sup> à la Faculté de Bordeaux, D<sup>rs</sup> LEVAL, HISHMANN, R. LEUBET, PLICQUE, P. LE NOIR, P. TISSIER, REBLAUB, ROGUES DE FURSAC, HÉLARY, RÉGNIER, DUDEFOY, GASTOU et M<sup>me</sup> NAGEOTTE, ex-internes des hôpitaux de Paris, MICHEL-DANSAC, LAURENS et RIPAUT, internes des hôpitaux de Paris.

**TOME XX. — 1894**

**PARIS**  
**G. MASSON, ÉDITEUR**

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
**Agents en Amérique** : P. BLAKISTON, SON ET C<sup>ie</sup>  
1012, WALNUT STREET, PHILADELPHIE

**Annances** : VIRILLARD D'ORGEVILLE, 24, rue de la Glacière

1894





---

ANNALES  
DES MALADIES DE  
L'OREILLE, DU LARYNX  
DU NEZ ET DU PHARYNX

---

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DU MASSIF OSSEUX DU FACIAL AURICULAIRE  
ET DE SES LÉSIONS.

Par le Dr **GELLÉ** (1).

*(Avec quinze figures dans le texte).*

Dans une étude lue au Congrès international de 1889, j'ai décrit les lésions que j'avais observées sur la paroi supérieure du conduit auditif osseux ; et, vu l'importance nosographique et chirurgicale de la région, je l'ai nommée « le mur de la logette » ; en France, la partie correspondante de la caisse s'appelant la logette des osselets. Aujourd'hui, avec les Américains, on la nomme l'attique. Ce mur extérieur de l'attique abattu, la région supérieure de l'oreille moyenne se trouve largement béante, et l'accès de l'aditus ad antrum est facilité. Or, rien ne s'oppose à cette opération ; bien réglée, elle est appelée à rendre de grands services. Le travail de Schmiegelow a montré sa valeur, et les réserves encore nécessaires pour la

(1) Ce mémoire devait être lu au XI<sup>e</sup> Congrès international de Rome en Septembre 1893 ; les conclusions qui le terminent ont été remises au secrétaire général du Congrès, le prof. Maragliano, dès le 1<sup>er</sup> Février 1893.

bien apprécier. L'innocuité de l'ouverture de l'attique à l'aide du ciseau et du maillet reste encore douteuse, mais c'est affaire de procédé sans doute, car la région est abordable; et l'on peut enlever le mur de la logette sans toucher à rien d'important. Cette facilité d'ouvrir l'attique par le mur de la logette explique le succès de l'opération de Stacke. Il n'en est pas de même de la région auriculaire dont nous allons parler; et cependant, je puis dire que la fréquence de ses lésions est bien supérieure. Malheureusement elle n'est pas comme la première directement abordable et bien isolée. Il s'agit de la lame de tissu osseux compact qui constitue la paroi postérieure de la caisse et du fond du conduit auditif, et sépare ces cavités (incomplètement) des cellules de l'apophyse mastoïde. Le canal de Fallope et le facial la traversent de haut en bas et de dedans en dehors.

Ces deux rapports anatomiques créent au point de vue étiologique une grave prédisposition aux altérations osseuses et surtout aux lésions du nerf de la face, dans toutes les affections suppuratives de l'oreille; et ainsi s'explique que, désignant cette lame osseuse otique par son rapport anatomique le plus saillant, je la nomme « le massif osseux du facial. » (Dans mes conférences de la Salpêtrière, et mes feuilles d'observations d'otologie, j'ai trouvé 10 fois la paralysie sur 42 faits).

### I. — Anatomie.

L'anatomie descriptive décrit comme autant de segments séparés l'oreille externe, puis l'oreille moyenne; ses annexes font ensuite le sujet de sections tout à fait distinctes; de plus, nos classiques ont aussi sur ce modèle encadré la nosographie otologique en autant de chapitres précis. Ces artifices d'analyse nécessaires sont trop facilement pris à la lettre; et l'esprit de l'élève isole peut-être un peu trop des parties connexes d'un même organe. D'autre part, les grands processus pathologiques se moquent de nos classifications méthodiques: la microbiologie nous en a donné le pourquoi. Cependant, il existe toujours certaines subordinations de la pathologie aux conditions anatomiques. Certaines conditions de structure, les faits

le montrent, constituent une véritable prédisposition, pour ainsi dire fatale, à des complications presque toujours les mêmes, au cours d'un état pathologique donné.

L'organe de l'ouïe en est un exemple.

Dans l'otorrhée, les fistules, les caries, les abcès mastoïdes abondent; cependant le drainage de l'oreille est largement assuré par le conduit auditif et par la caisse béante; or, l'oreille n'est que trop souvent un foyer d'infection. Mais il existe là une condition structurale, c'est-à-dire générale, permanente, menace constante de complications sérieuses; l'action microbienne est certainement aidée par cette disposition; la localisation précise des lésions secondaires en est la meilleure démonstration.

Sur une coupe horizontale du rocher, passant par le milieu de la caisse du tympan, voyez cette lame épaisse de tissu osseux compact, qui enveloppe dans sa courbe étendue l'ensemble des cellules mastoïdiennes; son bord interne s'appuie et se soude au labyrinthe; en dehors, elle se continue à la surface du crâne avec la région temporo-mastoïdienne.

Sur la section horizontale du rocher à ce niveau, on ne voit aucun orifice donnant accès dans l'intérieur de l'enceinte mastoïde (voir page 475 de mon *Précis* la figure 131).

Au contraire, sur une coupe semblable passant à 4 millimètres au-dessus de la paroi supérieure du conduit auditif externe, on voit en haut de la paroi postérieure de la caisse, (portion la plus interne de la lame osseuse courbe qui forme l'enceinte mastoïde) un orifice béant qui fait communiquer la caisse avec l'antrum et les cellules mastoïdiennes; c'est l'aditus ad antrum, l'hiatus mastoïde, lequel se trouve ainsi situé sur un plan plus élevé que le fond des cellules et que les cavités de l'oreille moyenne, le conduit compris. De cette structure découle la majeure partie des complications et des dangers de l'otite suppurée, car partout ailleurs l'enveloppe des cellules a moins d'épaisseur. En effet, quand par les progrès de l'infection le pus remplit les cavités mastoïdes, celles-ci ressemblent assez à un tonneau plein auquel on aurait mis par en haut la cannelle; jamais le contenu n'en sortira complètement; un foyer intérieur, infectieux, bien isolé, se trouve dès lors cons-

titué. Cette particularité anatomique commande presque toute la pathogénie des accidents de l'otite suppurée; et la chirurgie auriculaire de tous temps s'est attaquée à cette enceinte osseuse mastoïde. Laissant de côté tout ce qui touche à l'apophyse mastoïde proprement dite, je ne m'occuperai ici que de la partie la plus interne: celle qui correspond à la caisse du tympan et au conduit auditif, auprès du cadre. Ce sont les bornes mêmes de ce travail clinique, étayé de ces considérations anatomiques.

On peut considérer à cette lame osseuse ainsi limitée une portion tympanique et une extra-tympanique, offrant deux faces et quatre bords.

La face tympanique, antérieure, libre, borne la caisse en arrière, mais ne la clôt que dans les deux tiers inférieurs. Audessus d'elle, l'attique et l'antre communiquent par l'hiatus mastoïde, véritable *porta malorum* ici.

L'enclume rétrécit beaucoup cette voie: sa chute facilite le passage d'une cavité à l'autre; le chirurgien ne doit pas l'oublier. De cette face tympanique émergent la pyramide et le tendon du stapédus, et la corde du tympan. Des excavations nombreuses et amples l'isolent des parois de la caisse et des fenêtres ovale et ronde. Ces dépressions sont souvent très profondes; je ne les ai jamais vues s'ouvrir dans les cellules; elles amincissent très évidemment le massif osseux par places. Le bord postérieur du cadre tympanal et du mur de la logette surtout dans sa partie supérieure, fait une saillie en arête vive à sa surface, et limite superficiellement, le massif osseux tympanique. On a vu que ce n'est qu'une apparence; la paroi postérieure du conduit fait corps avec la paroi postérieure de la caisse: ce sont deux parties de la même muraille.

Le canal de Fallope se porte de la paroi labyrinthique vers la paroi postérieure au-dessus et en arrière de la fenêtre ovale, et s'enfonce dans l'épaisseur du massif osseux, auquel le facial donne son nom.

Le bord interne du massif s'appuie sur le labyrinthe; son bord inférieur touche au fond de la caisse (paroi inférieure, jugulaire).

Sa face postérieure ou mastoïdienne couvre les cellules, et la

portion inférieure de l'antre. Libre en haut, où elle forme le bord de la *cuvette inférieure* de celui-ci, elle se confond plus bas avec les trabécules osseuses des cellules mastoïdes. Cependant assez souvent elle s'isole davantage, et une plus grande surface libre se montre au milieu de grandes cellules aériennes.

En dehors du cadre tympanal, au niveau de la paroi postérieure du conduit auditif externe, le massif couvre totalement les cellules ; mais l'épaisseur de cette paroi est très variable ; et près du tympan souvent, par l'affleurement des cellules, très inégale. Son rapport le plus intéressant à connaître en ce point est le voisinage du facial.

En effet, le canal de Fallope traverse le massif osseux de haut en bas et de dedans en dehors, caché dans sa profondeur. Par suite de l'obliquité en sens inverse du tympan, *sa direction croise le bord postérieur du cadre tympanal*. Le point de cet entrecroisement est à peu près dans le plan horizontal passant par l'umbo, et tombant sur la paroi postérieure du conduit auditif. A ce niveau le canal de Fallope n'est pas distant de plus de 3 millimètres, et souvent de 2 millimètres seulement, de la surface du conduit auriculaire. Les coupes placées sous vos yeux le montrent clairement.

En dehors du cadre, dans sa portion extra-tympanique, ce canal descend derrière la paroi du conduit, faisant corps avec elle, et dans une étendue de 5 millimètres à peu près, s'approchant à 3, à 4 millimètres de la surface.

Ce rapport cesse à une distance de 5 millimètres à peu près en dehors du bord inférieur du cadre tympanal (limite du sinus prétympanique) ; le canal s'écarte ensuite, et descend vers le trou stylo-mastoïdien.

Dans la portion intra-tympanique, de même que dans l'extra-tympanique de ce trajet, le facial ne quitte point ses rapports osseux si étroits ; il ne cesse pas d'être vulnérable par les affections suppuratives de l'oreille.

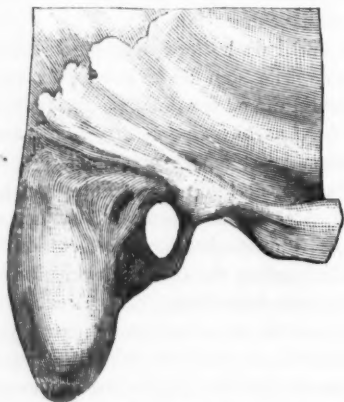
Le massif du facial est donc bien nommé. La clinique montre que c'est un des points les plus fréquemment atteints de caries, fistules, séquestres, polypes, etc., qu'on ne s'étonnera pas dès lors de voir se compliquer de paralysie de la face,

que la lésion soit intra ou extra-tympanique. Je trouve dans mes cahiers (1889-1893) de la Salpêtrière une somme de 42 otorrhées, datant de loin, dont la lésion siège au lieu qui nous occupe.

Là est l'intérêt de cette étude. Pourquoi cette fréquence et cette gravité des lésions en ce point ?

Très fréquemment les commémoratifs signalent le début de l'otorrhée dans la première enfance.

Fig. 1



Coupe antéro-postérieure du rocher à 5 millimètres de l'orifice du méat osseux.

Portion superficielle de la coupe.

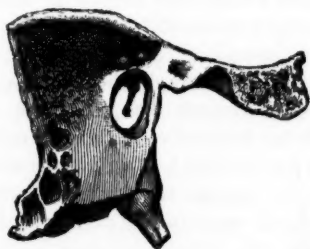
Nous verrons plus loin à quelles déductions thérapeutiques nous conduit cette notion du commencement si précoce de l'affection. Le développement actif de l'apophyse mastoïde, après la naissance, la formation du conduit auditif osseux liée à ce développement rapide et à celui du cadre tympanal ; le siège proche du tympan de la soudure du cadre, de l'écaille temporale et de la portion mastoïde du rocher, sont autant de conditions qui influent sur la détermination des processus pathologiques en ce point, où se fait un travail si intense de

croissance et d'évolution du tissu osseux alimentée par l'artère stylo-mastoïdienne.

Dans la première enfance, il y a là une région prédisposée, un lieu de moindre résistance où la maladie locale ou générale frappe de préférence et avec persistance.

Plus tard, l'apophyse formée, c'est toujours là un point menacé par toutes les suppurations graves de l'oreille moyenne ; car le massif osseux envahi, le pus doit se frayer un passage à travers les points amincis, d'autant que la lamelle osseuse baigne dans le pus à la fois en avant du côté de la caisse et du conduit, et en arrière au niveau de l'antre et des cellules.

Fig. 2



Portion interne de la coupe précédente montrant les rapports du conduit et du cadre tympanal avec l'attique, le massif du facial et l'antrum. Dans l'idée de l'auteur on saisit mieux les rapports en superposant les figures 1 et 2, la coupe du conduit formant le centre. En regardant par transparence on voit l'attique et l'antrum dans leur situation.

L'épaisseur de la lame osseuse qui constitue le massif du facial est en général chez l'adulte de 3 à 4 millimètres au plus ; au-dessous du conduit elle est souvent du double ; rien de plus variable que ces proportions ; en réalité l'épaisseur est très inégale par le fait des dépressions déjà signalées du côté de la caisse du tympan et de l'ampleur variable des cellules aériennes du côté mastoïde.

On voit par transparence des îlots plus clairs surtout aux environs du tympan, à 3 ou 4 millimètres du cadre ; la paroi

postérieure du conduit est le plus souvent amincie là par places mais très irrégulièrement.

Des coupes parallèles à la paroi en tranches minces ouvrent souvent en ce lieu quelques cellules superficielles<sup>(1)</sup>.

Ces parties claires de la lame osseuse céderont les premières, se perforeront plus vite ; et des trajets fistuleux seront ainsi formés, donnant issue au pus des cellules vers le conduit, qui on le voit, draine toute la région du rocher. Même sur l'oreille du nouveau-né, on trouve sur la paroi postérieure de la caisse des diverticulums d'une profondeur parfois remarquable. Je ne les ai jamais vus communiquer avec les cavités mastoïdes. De ce côté aussi, on trouve parfois chez l'adulte le canal de Fallope presque isolé au milieu de grands espaces cellulaires ; mais il fait toujours corps avec le massif.

La connaissance de ces conditions anatomiques et de leurs conséquences anatomo-pathologiques éclaire toute la pathologie de l'otorrhée et de ses complications ; elle servira aussi de guide pour leur traitement. La pathogénie de ces fistules impose d'une façon impérative la création de voies nouvelles pour évacuer le pus et vider le foyer intra-mastoïdien.

Dans les fièvres graves, compliquées d'otite suppurée, le décubitus si prolongé apparaît comme une condition fatale de l'aggravation du mal, et de l'infection mastoïde à travers l'aditus ad antrum.

Mais l'hiatus mastoïde qui facilite l'invasion de l'antre n'est pas plus redoutable cependant que le massif osseux péri-mastoïdien qui s'oppose à la sortie du pus formé : c'est celui-ci qui cause l'inévitable rétention, le foyer infectieux caché (v. fig. 2).

C'est donc à des hasards de structure et de développement, que, dans l'otorrhée, est due la formation d'un trajet fistuleux spontané aboutissant dans le conduit, ou dans plusieurs points à la fois (région mastoïde et conduit auditif, ou méninge, ou sinus). La hauteur du massif arrête en partie l'écoulement du pus par l'aditus vers la caisse ; son épaisseur

(1) M. Poirier a été aussi frappé de ces rapports, et de la minceur fréquente de la paroi dont nous parlons (Poirier, Anat. p. 219).



variable s'oppose à la sortie vers le conduit ; le foyer purulent est inclus dans la cellule mastoïdienne par l'enceinte osseuse : c'est une pathogénie classique.

Au point de vue chirurgical d'autre part, le canal de Fallope est un obstacle à toute intervention dans la zone auriculaire que nous décrivons ; le chirurgien sera donc forcé d'aller à travers la région mastoïde ouvrir une voie à la supuration ; mais avec quelles précautions ! En effet, l'opérateur allant à la découverte de l'antre doit se rappeler les rapports si étroits que le facial affecte avec la partie postérieure et profonde du conduit auditif, sous peine de prendre une lourde responsabilité ; on cachait l'otorrhée ; on ne peut dissimuler la paralysie d'un côté de la face.

Cependant on comprend qu'il peut se rencontrer des circonstances d'une telle gravité, mettant la vie en danger par exemple, qui forceront le chirurgien à ne pas s'arrêter devant le sacrifice de ce nerf (cas de M. D<sup>r</sup> Chaput).

Pour éviter de blesser le facial dans l'ouverture de l'antre mastoïde et des cellules, l'opérateur évidant la paroi mastoïdienne, arrivé à 5 millimètres du cadre tympanal, doit creuser derrière lui et au-dessus de lui la paroi postéro-supérieure du conduit ; il s'éloignera ainsi du nerf, et ouvrira l'antre sans accident.

Cheminer d'abord sur la paroi postérieure, puis s'élever vers la paroi supérieure du conduit, au-dessus et en arrière du cadre tympanal, telle est la règle à suivre dans cette opération. (v. *fig. 1, 2*).

J'ai cherché des points de repère assurant une marche plus précise et plus directe. Au moyen de coupes nombreuses et dans tous les sens du crâne et du rocher passant par l'organe auditif, j'ai déterminé d'une façon que je crois sûre les positions respectives de l'antre mastoïdien, de l'attique et du massif osseux du facial. Voici comment on exécute cette topographie.

On dirige une première ligne horizontale fictive dans le sens de l'arcade zygomatique, passant sur le trou auditif ; là, cette ligne horizontale est coupée par une autre ligne perpendiculaire fictive (v. *fig. 3*).

Fig. 3

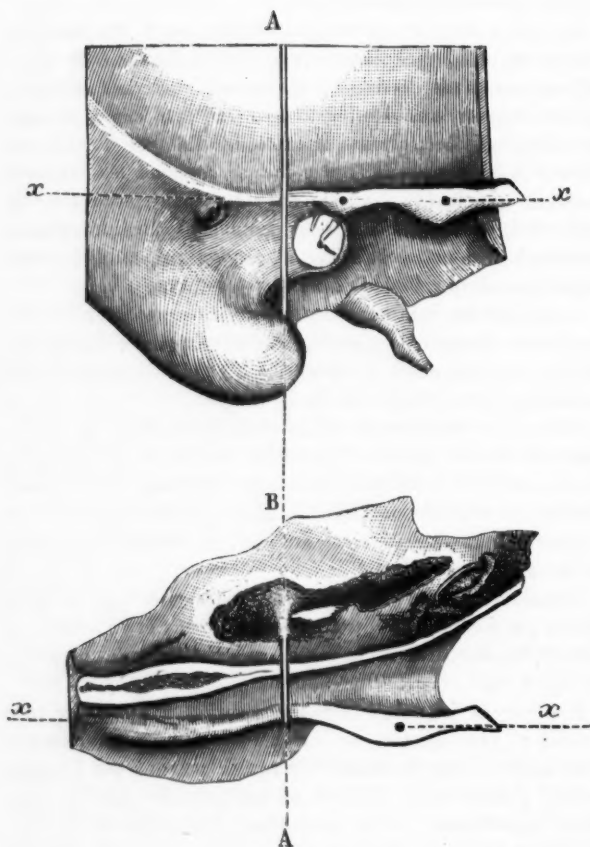


Fig. 4

Fig. 3. — *xx* Ligne fictive horizontale. *A B*. Trait de scie perpendiculaire passant auprès du bord postérieur du cadre tympanal.  
 Fig. 4. — La figure 4 est la figure 3 renversée pour montrer le rocher par sa face crânienne ; la caisse et l'antre sont ouverts ; le trait de scie tombe sur le massif du facial.

Sur cette ligne perpendiculaire, passant par le méat de l'oreille, on dirige une section à la scie dans un plan bien perpendiculaire à la surface temporale du crâne, et allant aboutir vers le bord postérieur du cadre tympanal ; là, elle tombe droit sur la paroi postérieure de la caisse ou massif du facial ; elle coupe le canal de Fallope en bas, et ouvre l'aditus en haut. Si l'on enlève le tegmen tympani, on trouve l'antre mastoïde en arrière de la section, et l'attique en avant d'elle (*v. fig. 4*).

De sorte que si l'on suppose ce plan fictif perpendiculaire à la surface temporale passant par le bord postérieur du cadre, c'est à 2 ou 3 millimètres derrière celui-ci que la découverte de l'antre doit être faite.

La coupe isole en effet en arrière uniquement la paroi postérieure du conduit, laissant en avant les parois supérieures (mur de l'attique) et inférieure (dernier segment du facial).

C'est en dehors et en arrière de cette ligne fictive que la perforation de la paroi mastoïdienne doit être exécutée, et qu'elle ouvre à coup sur cette cavité profonde, l'antrum.

De toutes façons le ciseau ne doit pas s'approcher au-delà d'un centimètre du bord inférieur du cadre, et de 3 à 4 millimètres de son bord postérieur.

En réalité, le conduit est un cylindre obliquement dirigé ; une section transversale rencontre et coupe ses parois supérieures et inférieures en formant une ellipse qui trace sur sa paroi postérieure l'espace cherché ; on évite de toucher le canal de Fallope en opérant sur cette surface limitée, en dehors du cadre ; et on trouve l'antre en la creusant directement en arrière et plus près de son bord supérieur.

Dans la profondeur, l'antre s'allonge, jusqu'à 6 à 8 millimètres en arrière du massif osseux (bord du cadre) ; au delà on arrive sur le sinus latéral.

Coupez l'écaille au ras du rocher ; enlevez le tegmen sur l'antre et sur la caisse, puis la paroi antérieure du conduit auditif osseux jusqu'au tympan ; ces rapports sautent aux yeux (*v. fig. 3, 4*).

De dehors en dedans, on trouve sous la paroi postérieure du conduit, d'abord des cellules mastoïdes, puis l'antre, enfin le

massif osseux du facial qui sépare celui-ci du cadre tympanal et de l'attique. Ces points de repère sont facilement utilisables sur le vivant (*v. fig. 2*).

Ils serviront également de guide pour limiter l'ouverture pratiquée dans le mur de la logette ; celle-ci sera faite en avant de notre section, et son étendue en dehors ne peut dépasser 5 millimètres à partir du bord supérieur du cadre tympanal. (*v. fig. 2*). Cette coupe exécutée sur le cadavre montre combien cette éventration de l'attique peut servir au nettoyage de l'antrum ; mais l'aditus est toujours trop élevé ; car le bord supérieur du massif osseux intercavitaire dépasse de beaucoup, de 3 millimètres et quelques fois de 4 millimètres le pôle supérieur du cadre du tympan : aussi l'ouverture directe de l'antrum est-elle souvent inévitable. C'est donc du côté de l'apophyse et par la paroi postérieure du conduit auditif externe que l'on doit ouvrir l'antrum, dont la lame osseuse péri-mastoïdienne cache toute la portion déclive ; on brise le mur de la logette ensuite. Dans l'otorrhée, les lésions du mur de la logette et celles de l'attique s'associent fréquemment à celles du massif du facial ; j'en donnerai quelques exemples pris tous parmi les malades observés à la Salpêtrière cette année, et dans ma pratique propre.

## II. — *Symptômes.*

L'otorrhée fait toujours le fond de la symptomatologie des lésions du massif du facial ; mais ce n'est pas toujours cet écoulement banal qui amène le malade à consulter et le médecin à constater l'affection osseuse.

Souvent l'otorrhée a cessé depuis très longtemps ; le sujet adulte se rappelle avoir eu dans sa jeunesse des poussées douloureuses suivies d'écoulement, à intervalles plus ou moins longs ; c'est un retour d'une phase aiguë, une douleur otique, tantôt une surdité rapidement, et récemment accrues qui ont attiré l'attention ; ou bien, fait curieux, l'écoulement est nocturne ; et cette singularité demande explication. D'autrefois l'oreille est depuis longtemps considérée comme perdue, mais l'antrum venant à s'affaiblir, l'éveil est donné et le médecin

aussitôt intervient qui trouve un polype comblant le conduit.

Parfois, et surtout chez les femmes, ce sont des crises de douleurs dans le côté de la tête, autour et au fond de l'oreille, aux paroxysmes simulant à s'y méprendre un accès de migraine, et que soulage la réapparition de l'otorrhée ; excuse du préjugé connu. Cette forme avec crises névralgiques, bourdonnements, vertiges est aussi fréquente chez les arthritiques. Chez les enfants, l'otorrhée est plus souvent odorante, ainsi que chez les hérédosyphilitiques.

La lésion du massif du facial est fréquemment d'apparence étroite, mais le stylet constate une dénudation profonde, étendue ; elle est parfois silencieuse au point de vue des troubles locaux et des douleurs ; elle est oubliée même du malade ; les réveils, les crises (céphalée, douleurs) sont rares, parfois nulles ; et cependant il y a là une lésion osseuse relativement sérieuse. A l'inspection on trouve quelquefois une voussure tympanique, une déformation avec synéchie plus ou moins nette ; la surface tympanique opaque, mate, peut n'avoir aucune apparence cicatricielle ; elle est souvent gondolée et molle, et dépressible. Le stylet pénètre sans grande douleur et sans effort, au-dessous de fongosités saignantes ; la pointe du stylet donne la sensation de l'os dénudé derrière ce premier plan trompeur, pour un œil peu exercé.

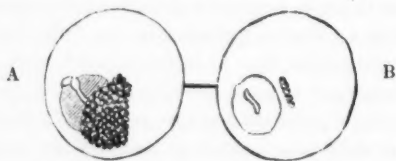
C'est dans ces cas que les attouchements doivent être exécutés avec la plus grande légèreté de main ; on ne sait pas à quelle distance du nerf facial se trouve le point carié ; et si l'on trouve un séquestre mobile, crépitant, sous la pointe du stylet, il y a lieu d'attendre pour explorer plus à fond que les attouchements au pinceau, chargé d'une solution astringente faible, non susceptible de fuser au loin, aient ouvert plus largement les voies. On s'exposerait en agissant autrement à prendre la responsabilité d'un accident paralytique imminent, que préparent souvent déjà, à l'insu de tous, les troubles locaux récents qui ont amené le sujet à consulter.

Il en sera de même de toute intervention manu armata en pareilles circonstances ; le praticien devra tout d'abord s'enquérir des phénomènes éprouvés plus récemment par le malade ; et attendre que les symptômes d'irritation, de fluxion, de

douleur, de flux, etc., auriculaires aient absolument disparu.

J'ai donné plus loin l'observation typique à ce point de vue de cette femme que des douleurs otiques, des bourdonnements et du mal de tête amènent à consulter. Elle est sourde depuis fort longtemps ; on trouve un polype dense, dur, mobile, indolore ; on l'extrait sans difficulté ; le pédicule fibreux saigne à peine. Il s'insérait à quelques millimètres du cadre sur la paroi mastoïde. Aucune suite de l'opération presque indolore ; ni écoulement, ni douleur, ni rougeur du conduit autour de la fistule osseuse, du fond de laquelle on voit le petit pédicule sec du polype. Cependant le cinquième jour, il se déclare une paralysie faciale, complète. (v. fig. 5).

Fig. 5



A. — Polype saillant en avant du tympan.

B. — Le polype enlevé, la fistule osseuse apparaît à 3 millimètres du bord postérieur du cadre, en dehors du tympan ; le trait est placé trop haut.

Cette femme ne venait pas se faire guérir de sa surdité, mais du retour de l'otorrhée et du mal qu'elle éprouvait de nouveau dans le fond de l'oreille ; elle ignorait l'existence du polype. Il y a là un enseignement à ne pas négliger. Les mêmes accidents s'observent chez les sujets dont l'otorrhée est plus récente, au moment d'une poussée nouvelle, d'une infection réveillée ; en même temps que les douleurs et la suppuration accrues ou revenues apparaît la paralysie de la face. Souvent les lésions ne s'opposent nullement à l'audition, car elles siègent en bas et en arrière, au niveau de la paroi mastoïde du conduit dans le massif même du facial. Les deux faits suivants sont de cet ordre.

OBSERVATION I. — (n° 159, c. II.) (résumé). M. Chicot. *Otorrhée gauche depuis 3 ans.* Depuis 3 mois, douleurs, suppuration

abondante, et *paralysie totale de la face*. Je trouve un polype au fond du conduit; on l'enlève; il s'insère en avant du cadre; l'audition de la parole est conservée, le polype disparu.

OBSERVATION II. — (n° 184. c. II.) (résumé). M. Delorme, 22 ans, atteint de suppuration de l'oreille gauche depuis 3 ans; pris depuis 12 jours de fièvre, douleurs, atrésie, engorgement mastoïde chaud et douloureux, avec *paralysie faciale gauche* depuis 4 jours. Poussée nouvelle sur vieilles lésions. Audition de la M = 2.

Parfois, l'exploration la plus méthodique avec le stylet fin coudé à son extrémité a rencontré le nerf facial dénudé, au fond de la fistule osseuse; le stylet touchant le nerf a provoqué des contractions spasmodiques des muscles de la face montrant l'imminence du danger, et éclairant la pathogénie de la paralysie otorrhéique du nerf, manifestement possible loin de la paroi labyrinthique et de l'entrée du canal de Fallope dans la caisse du tympan.

De même, on assiste chez quelques sujets, à leur insu, aux préludes, aux premiers signes de cette lésion nerveuse; les malades annoncent une sensation bizarre d'engourdissement, de gonflement de la face; des douleurs vagues de la joue, une raideur des paupières, qui coïncident avec le réveil d'un état aigu dans le cas d'otorrhée ancienne; quelquefois en deux ou trois jours, en une nuit, au réveil, la paralysie complète est diagnostiquée sans qu'on ait compris ce que les premiers signes annonçaient: ailleurs, au contraire, ces menaçants débuts disparaissent, et personne ne se doute du danger couru, ni des responsabilités évitées.

Au moment des poussées inflammatoires saisonnières, diathésiques ou autres, il se passe dans la profondeur des tissus ce que nous voyons souvent paraître sur les fongosités et les polypes auriculaires, qui saignent et s'infiltrent de sang à de certains moments, (menstruation, poussée nouvelle d'infection). Cet épanchement dans le canal de Fallope aboutit à une compression du facial et à sa paralysie.

La notion anamnestique de l'otorrhée datant du jeune âge est toujours intéressante à posséder quand on se trouve en présence d'une paralysie faciale à répétition ou non. Il en serait

de même s'il y avait des érysipèles, des furoncles, etc. autour de l'oreille malade.

La poussée aiguë a ses signes caractéristiques ; les douleurs vives otiques et périotiques, les engorgements des ganglions lymphatiques du cou, le retour ou l'abondance de la suppuration, les vertiges, bourdonnements en récédive font examiner l'organe de l'ouïe. Nous avons donné plus loin un cas de paralysie liée à une lésion osseuse du massif du facial et qui succéda à un érysipèle infectieux. (M. Lermoyez, obs. 41).

Des clous, des abcès cutanés ou plus profonds du conduit, d'origine infectieuse, liés à l'otorrhée, font quelquefois découvrir la lésion ignorée du sujet adulte ; une décharge persistante est parfois le seul signe. La ténacité de l'écoulement, ses retours, sa persistance malgré les soins habituels et banaux ordonnés ; les commémoratifs qui apprennent l'ancienneté de l'affection venue dès la première année, ou à la suite d'une maladie générale grave de l'enfance, peuvent faire soupçonner dès l'abord une lésion osseuse auriculaire profonde que l'exploration seule permet de préciser. Chez quelques sujets l'inspection de la région mastoïde découvre une cicatrice déprimée, adhérente, ou une fistule à trajet osseux.

D'autres enfin, et cela nous intéresse plus particulièrement, montrent une paralysie de la face, récente, et apparue avec une des crises décrites plus haut, ou datant au contraire du tout jeune âge ; et les lésions de l'otorrhée s'offrent aux regards, cachées sous des croûtes, ou couvertes d'un magma pultacé, crémeux, adhérent, soit placées derrière un polype du conduit.

C'est par le siège de la lésion, fongosité ou fistule, de l'insertion du pédicule du polype, du trou où le stylet coudé s'engage et rencontre l'os dénudé, que se caractérise l'affection dans le cas particulier qui nous occupe ; à part la paralysie faciale, ici fréquente, tous les autres accidents sont en effet communs à toutes les formes de l'otorrhée.

### III. — *Inspection de l'organe.*

Sans dépasser les limites précises du sujet, et sans refaire l'histoire anatomo-pathologique de l'otorrhée, je vais donner



rapidement un énoncé des divers aspects sous lesquels la lésion osseuse du massif du facial se dissimule plutôt qu'elle n'apparaît.

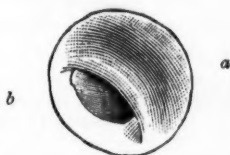
On fait l'irrigation, le lavage antiseptique ; puis un nettoyage à l'ouate trempée, soit de liqueur de van Swieten, soit de la solution de phénosalyl (1 %); cela permet déjà de se faire une idée de l'état des parties ; enfin on sèche le conduit avec l'ouate hydrophile portée au bout d'une petite tige rigide élastique, telle qu'un crochet de dames, coudé en baïonnette ; nous supposerons enlevé le polype du conduit, s'il y en avait un ; le conduit apparaît alors.

Fig. 6



- a.* Polype.  
*b.* Paroi postérieure soulevée par l'ostéo-périostite du conduit.

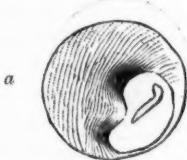
Fig. 7



- a.* Bourrelet semi-lunaire s'avancant dans le conduit en dehors du cadre.  
*b.* Tympan et os à nu cachés derrière ce repli.

Qu'il y ait un polype ou non, on trouve souvent le conduit rétréci au niveau de sa partie osseuse de sorte que son calibre ressemble à un sablier couché horizontalement.

Fig. 8



- a.* Saillie sur le bord du cadre et cachant la fistule osseuse en dehors du tympan entier.

Fig. 9



- a.* Fongosités saillantes dans le conduit sur la paroi mastoïde.  
*b.* Perforation et dépression du tympan à demi masquée par le polype.

Le trou est central ou bien rejeté en avant par l'abaissement de la paroi postérieure (v. *fig. 7*) en forme de demi-lune cachant le fond. En pareils cas au moyen d'injections faites à travers le point rétréci jusqu'au fond de l'organe avec une petite sonde de gomme fine à pavillon évasé, on obtient assez rapidement le dégorgement de la paroi, et bientôt la vue des parties profondes. L'incision jusqu'à l'os dénudé s'impose (v. *fig. 6*) s'il y a urgence, (arrêt du pus, douleurs vives, etc.).

Fig. 10



Fig. 11



10. Tympan largement perforé dans son segment postérieur; polype sur le massif. 11. Lésion intrà-tympanique.

D'autres sujets présentent un conduit bien ouvert; mais à quelque distance du cadre, une saillie, un bourrelet de la paroi postérieure cutanée, douloureux, cache le tympan; l'aspiration avec le spéculum de Siegle fait sourdre du pus derrière ce bourrelet; et le stylet coudé fin, introduit derrière cette saillie, pénètre en dehors du tympan, dans l'os qui crépite et saigne (v. *fig. 8*).

Fig. 12



Fig. 13



- a. Bord postérieur du cadre saillant gonflé.
- b. Derrière ce bourrelet un trou où le stylet rencontre l'os à nu.
- c. Tympan déprimé, collé au fond.

- a. Fistule osseuse suppurante au niveau du mur de la logette.
- b. Polype sur le massif en dehors du tympan décollé au niveau du cadre.

Ailleurs, c'est derrière une fongosité mollassse, polypiforme, rosée ou pâle, saignant au contact du stylet, que celui-ci trouve la fistule osseuse à quelques millimètres en dehors du cadre tympanal, sur la paroi postérieure du conduit soulevée ou non. (V. *fig. 9*).

D'autres fois la fistule se présente plus nettement ; il y a une perforation du tympan au niveau du bord postérieur du cadre tympanal, bordée ou non d'une collerette de fongosités ; le stylet y pénètre, sent le bord du cadre osseux à nu, soit plus au fond, la paroi postérieure de la caisse crépitante sous le contact du métal ; une plus ou moins grande partie du tympan déformé est conservée ; cette forme et ce siège sont des plus communs ; mais la lésion osseuse est tantôt plus basse, tantôt plus élevée sur la paroi, on le conçoit. On peut observer ces lésions du massif, au niveau de la paroi postérieure de la caisse, avec une plus ou moins grande perforation du tympan. (v. *fig. 10, fig. 11*).

Celle-ci affecte alors des formes composites ; ce sont tantôt des adhérences tout autour, un aspect infundibuliforme, et au fond de l'entonnoir oblique, immobile, le stylet sent l'os dénudé (v. *fig. 12*) ; ou bien le tympan défoncé, enfoncé est immobile au centre, tandis que son bord obéissant à l'effort de la douche d'air se relève masquant et démasquant la surface cariée et la fistule toujours au niveau du bord postérieur du cadre (v. *fig. 13*).

Une forme plus simple consiste dans la large perforation du quart supéro-postérieur, et même de la totalité du segment postérieur du tympan, conservé partout ailleurs ; au fond, des fongosités saignantes, ou le pédicule du polype enlevé ; et le stylet coudé fin touche l'os malade, en général assez douloureux (v. *fig. 11*).

Mais il y a d'autres aspects observés, même après l'ablation d'un polype, même après constatation d'un peu d'otorrhée ; on trouve alors le conduit élargi, béant, et à quelques millimètres (3 à 4) du bord postérieur du cadre, une fente à lèvres verticales, très rarement d'aspect arrondi, comme on le voit sur le mur de la logette ou sur la membrane de Schrapnel (v. *fig. 5*).

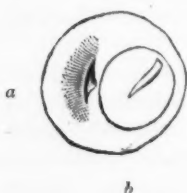
La fissure est pâle et sèche, on à peine humide ; je l'ai trou-

vée sertissant le pédicule, dur, fraîchement coupé, d'un polype sur un de mes malades. (v. *fig. 14*).

Enfin, on constate parfois la disparition rapide de la fissure polypeuse quelques jours après l'opération : c'est un mode de guérison, quand le polype s'est sans doute développé sur un tissu de cicatrice.

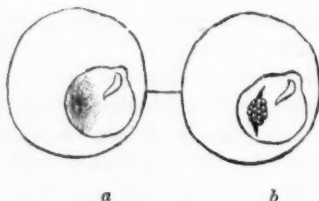
Ce ne sont certes pas les lésions les plus étendues qui ont permis de toucher le facial, dans les faits de ma pratique. On remarque que le tympan tantôt conserve son aspect et ses rapports, fait étrange : d'autres fois et le plus souvent, il est altéré, aminci, relâché, défoncé, opaque et refoulé vers la paroi labyrinthique ; souvent alors on le trouve adhérent par places, au niveau du manche surtout (v. *fig. 15*).

Fig. 14



- a. Fistule osseuse après l'ablation du polype.  
b. Saillie du pédicule entre les lèvres de la fistule.

Fig. 15



- a. Tympan déprimé adhérent en bas sur la paroi postérieure de la caisse.  
b. Incision pour faire voir les fongosités derrière ce point adhérent de la membrane.

L'audition est variable ; mais on remarquera sa persistance dans beaucoup de cas, surtout si le tympan n'est pas retenu par les synéchies ; il arrive que, celles-ci rompues, l'ouïe reparait. La lésion osseuse limitée a évolué en dehors de l'organe sensible ; il semble que ce soit une maladie de la paroi osseuse d'enveloppe seulement, et uniquement.

J'ai dit que ces lésions du massif osseux du facial coïncident fréquemment avec des lésions analogues du mur de la logette et de l'attique ; il en résulte alors des aspects fort complexes que je n'ai pas à décrire ; et (v. *fig. 13*) dont je donne ici

un spécimen. En réalité, ce qui caractérise nécessairement ces lésions osseuses qui nous occupent, c'est leur siège sur la paroi postérieure de la caisse, du cadre tympanal, et du conduit, au niveau de ce que j'appelle « le massif osseux du facial : » Nous verrons par les observations que ce qui les caractérise aussi, c'est la fréquence des paralysies concomitantes de la face (10/42). La clinique montre que les troubles cérébraux, les vertiges spontanés ou provoqués sont surtout l'apanage des lésions de l'attique et du mur de la logette ; la céphalée cependant, l'hémicrânie existent fréquemment dans la lésion du massif.

Il est évident que ces trajets fistuleux du massif osseux du facial sont les analogues des fistules mastoïdes qui s'ouvrent derrière le pavillon ; et l'on a souvent l'occasion d'observer les deux espèces de fistules à la fois dans la clinique.

En effet, le foyer mastoïdien se vide, suivant les circonstances, aussi bien du côté du conduit qu'au dehors à la surface du crâne ; le point de départ des deux lésions est le même ; c'est une suppuration intra-mastoïde consécutive ou non à l'otite supprimée : il y a fistule osseuse dans les deux cas.

Dans nos interventions chirurgicales sur l'apophyse et les cellules, nous imitons la nature dans ses efforts. On peut conclure de cette unité d'origine des fistules du conduit et de celles de l'apophyse mastoïde à la parité du traitement.

L'ouverture des cellules mastoïdes est d'autant plus indiquée alors que tout autre chemin est interdit du côté du massif osseux, par la crainte de blesser le nerf facial inévitable.

Cette analyse conduit donc à une direction plus radicale du traitement chirurgical dans les lésions osseuses du fond du conduit et de la caisse, puisqu'elle décèle l'existence d'une cause unique et intra-mastoïde à ces lésions.

Mais l'avenir n'apparaît pas toujours sous des couleurs aussi noires ; et l'observation clinique montre que les fistules peuvent se tarir, se combler, se cicatriser ; et j'ai vu cette évolution succéder à l'ablation d'un énorme polype du conduit encore récemment. Cette terminaison est relativement commune quand le mal reconnaît pour cause une hérédo-syphilis ou une syphilis acquise ; le traitement topique aide en ce cas aussi et très sérieusement à obtenir ces bons résultats.

Le but de cette étude étant de montrer tout l'intérêt qui s'attache à cette région bien limitée de l'oreille et à ses lésions je ne crois pas utile d'exposer à la suite la série des traitements logiquement indiqués dans chaque cas particulier ; cela rentre dans la thérapeutique générale de l'otorrhée, quelle que soit son origine. La localisation de la cause au niveau du canal de Fallope est le point important et la limite de notre thèse ; aussi me bornerais-je maintenant à l'exposé de quelques observations intéressantes et démonstratives à tous les points de vue.

Aussi bien au cours de notre étude, les points de thérapeutique ont été nécessairement abordés et résolus, surtout en ce qui touche l'intervention chirurgicale si impérieuse, et cependant clairement contre-indiquée en ce lieu par la présence du facial.

Voyons les faits : j'en ai collectionné 42 en moins de deux ans à la Salpêtrière. De ces faits, je vais donner le résumé des plus nets et des plus significatifs.

OBSERVATION III. — 14 janvier 1893. D. Catherine K<sup>\*\*\*</sup>, 25 ans ; facies émacié ; ne tousse pas ; atteinte d'otorrhée de l'oreille droite dès l'enfance ; ne se souvient pas de l'origine du mal.

Elle éprouve depuis quelques semaines et surtout depuis quelques jours des douleurs vives dans l'oreille, dans le fond de l'organe, insiste-t-elle ; la suppuration n'est pas abondante, et sans odeur.

A l'inspection, on constate un énorme polype saillant au près du méat, et remplissant le conduit ; dont la paroi semble normale ; pas de douleur au toucher, le stylet glisse facilement autour de la tumeur, dense, sèche, et à surface extérieure cutanée ; pas de vertige provoqué par ces contacts.

Le polype est facilement extrait au polypotome, d'un coup, sans douleurs, et presque sans écoulement de sang ; le pédicule apparaît étroit, dense, fibreux ; presque pas de pus à la suite ; pas de souffle de perforation ; tympan entier excavé, sec, lisse, opaque, manche oblique ; redressement possible par le Politzer (*fig. 14*). 2<sup>e</sup> fistule fongueuse à l'entrée du conduit osseux.

A 3 millimètres en dehors du cadre tympanal, sur le milieu de la paroi postérieure du conduit, fissure à bords secs, ni rouges, ni gonflés, au centre de laquelle se voit le pédicule filiforme de la tumeur enlevée ; la pince peut le saisir ; et je le touche aussi-

tôt au pinceau fin trempé d'une goutte de solution de perchlorure de fer ; essuyage et pansement avec la gaze iodoformée.

Les jours suivants aucune réaction locale ; les douleurs otiques n'ont pas augmenté ; pas ou à peine de suintement purulent. Quatre jours après l'opération, si simple, sans complication aucune. *paralysie faciale droite*, totale, y compris l'orbiculaire de la paupière ; le voile du palais est bien mobile. Même aspect du fond du conduit ; ni douleurs, ni aucun signe objectif nouveau ; la cause de la complication semble être la décompression ; le canal de Fallope est sans doute à nu au fond de la fissure ; celle-ci répond en effet au point où le facial est d'ordinaire le plus rapproché de la surface du conduit auditif externe.

Au 12<sup>e</sup> jour, même état de la paralysie faciale ; suppuration presque nulle ; même aspect presque normal du fond du conduit.

La malade est envoyée à la consultation électro-thérapique du Dr Vigouroux (1<sup>er</sup> février 1893) et guérie en six semaines.

Ici, on ne voit pas la cause immédiate de la paralysie faciale ; et l'influence de l'opération faite sans traction, ni secousse au moyen du polypotome, sur un pédicule fusiforme et dense, n'est pas facile à apprécier.

Mais on doit noter le siège de l'insertion du pédicule du polype qui montre la région osseuse mastoïde d'où il vient, et qui est altérée ; celle-ci est bien une partie du massif du facial au dehors du cadre, au point même où nous avons trouvé le canal de Fallope plus rapproché de la surface du conduit de l'oreille. Pour éclaircir cette étiologie, cependant, on se rappellera que c'est la douleur vivement ressentie au fond de l'oreille depuis quelques jours qui avait amené cette femme à consulter ; car elle ignorait l'existence du polype. C'est sans doute sous l'influence de cette récente poussée inflammatoire profonde que la paralysie a eu lieu, l'opération n'ayant pu que dégager le nerf facial et faciliter la sortie du pus.

OBSERVATION IV. — 14 juin 1891. H. 32 ans, tailleur, vieilles otorrhées, polype dans l'oreille droite ; *paralysie faciale droite* au moment d'une crise douloureuse aiguë : ablation du polype ; guérison de la paralysie huit jours après. Carie du massif, tympan entier déprimé ; audition faible, mais revenue.

H. très affaibli par les douleurs depuis deux mois incessantes à droite et par l'insomnie ; tendance syncopale au moindre examen ;

dès le 7<sup>e</sup> jour, suppuration redevenue énormément abondante ; rien actuellement sur l'apophyse mastoïde ; douleur à la pointe, polype saillant au milieu du pus verdâtre, odorant, dans le méat droit : surdité, prostration, pâleur ; altération des traits amaigris ; titubation. Evanouissement complet au premier examen ; à chaque lavage de l'oreille, syncope immédiate.

Je fais le lavage avec une fine sonde de gomme, sans jet, le sujet couché, la tête basse, repos au lit ; quinquina potion de Todd, sulfate de quinine ; puis bain de 10 minutes au perchlorure de fer instillé dans le conduit, bien nettoyé, puis séché. Attouchements du polype impossibles ; D. se trouve aussitôt mal, même couché. En quelques jours une quantité de fragments de la tumeur détruite par le perchlorure de fer est évacuée, sans crise, ni douleurs, par ces lavages méthodiques antiseptiques. Au 15<sup>e</sup> jour, la paralysie faciale a disparu. Les mouvements de la face sont à peu près normaux ; l'œil se ferme complètement.

Le malade est faible, mais il repose ; ses douleurs s'atténuent ; il prend de la nourriture. En 25 jours retour à la santé ; l'équilibre est stable. On peut examiner le fond ; le pied de la tumeur fait saillie sur la paroi postérieure du conduit proche du cadre ; et le tympan refoulé et déformé se voit entier derrière lui.

Cependant le moindre attouchement de son pôle supérieur cause encore un état semi-syncopal.

Les engorgements glandulaires énormes de la région parotidienne sont en rapide décroissance ; le cou devient libre. La poussée infectieuse se calme ; l'écoulement est réduit à peu de chose ; le point d'insertion apparaît en avant du tympan entier, que le Politzer redresse en haut et en avant ; l'exploration au stylet n'est pas tolérée.

Le malade part dans son pays, sans vouloir faire plus. L'audition améliorée reste très faible.

OBSERVATION V. — (résumé) 7 juin 91. Cécile V<sup>me</sup>, 16 ans, soignée dans le service pour une hémianesthésie droite avec atrophie de la main droite ; la surdité est à gauche ; c'est pourquoi on me l'envoie pour examiner ses oreilles.

L'oreille droite est normale. D. V. à gauche. Diapason par l'air à peine à gauche. M. peu à gauche, tympan gauche déformé, méconnaissable, blanc opaque, ondulé, mobile sur les osselets sous jacents ; à travers, vue du sourcil du promontoire et de la jambe de l'enclume ; peu de déplacement en dehors par le Politzer ; un peu plus par la raréfaction combinée avec la dou-



che d'air. Aussitôt M. = 1 centimètre ; audition meilleure, et perception nette de la parole. Catarrhe habituel retro-nasal. Amélioration rapide due au redressement de ce tympan totalement opaque et flasque bien que très épais en bas et surtout en arrière. Quinze jours plus tard, avec la sonde la douche d'air relève les 2/3 inférieurs sans rien modifier à l'aspect blanc mat de la cloison. L'audition est certainement meilleure maintenant de ce côté ; raréfaction méthodique tous les dix jours ; et le Politzer tous les deux jours (*fig. 14*).

Ce ramollissement avec épaissement du tympan est un signe évident de suppuration dans l'enfance ; mais le souvenir n'en est pas gardé.

Le 20 juillet, après un traumatisme indiscutable (raréfaction stupidement brutale faite par un ignorant, suivie de suffusion sanguine, de douleurs, et ensuite d'otite légère,) je trouve le tympan très redressé en bas, mais ecchymosé !

L'ouïe a faibli ; et de plus je constate un léger rictus d'un côté la face un peu déviée à droite. Les jours suivants, la *paralysie faciale est complète*, et l'inspection de l'oreille fait voir des fongosités saillantes au niveau du cadre tympanal, soulevant le bord postérieur du tympan perforé. Les attouchements légers au perchlorure de fer les font disparaître ; le tympan redevient plan, légèrement excavé ; mobile par le Politzer dans la totalité, moins en bas et en arrière, où il y a certainement adhérence.

La malade prenait des douches froides ; est-ce là la cause de cette poussée ? le traumatisme a pu la faire venir sur une oreille, qui, ayant suppuré autrefois, offrait des adhérences au niveau du tiers inféro-postérieur du cadre, que l'aspiration forte a certainement brisées (lésion du massif intra-tympanique). Audition possible et absence de lésions dans la moitié supérieure ; les osselets en vue très nets et normaux dès les premiers jours, tandis que en bas enfonçure, synéchie, et opacité persistante malgré l'aération de la caisse ; puis au moment du décollement : paralysie de la face.

Sans doute, le canal de Fallope avait été touché, lors de la première otite ; l'arrachement brusque a causé la parésie faciale : la cloison n'adhérait que là en effet. Si on eut opéré le curettage en ce point, le même accident pouvait arriver sous les yeux de l'opérateur.

Comment supposer que le facial est en rapport aussi étroit avec le tympan opaque, déprimé, adhérent, au dessous de l'umbo ? Là, nous sommes très loin de cette partie du facial que

j'ai nommée « vulnérable », celle qui borde d'un ourlet le haut de la fenêtre ovale et à laquelle on pense immédiatement quand une lésion otique se complique de paralysie faciale.

OBSERVATION VI. — (340 résumé). 4 juillet 92 Dec 39 ans. H. atteint d'otite suppurée à droite depuis plus d'un an, offre une atresie externe du conduit auditif droit ; suppuration, fongosités rouges, et pulsations au fond ; sifflements dans son oreille s'il se mouche fort. Depuis quelques jours, sensation bizarre dans l'œil et le côté droit de la face ; l'œil se ferme incomplètement ; la bouche se tord, grimace ; perte du goût, du côté droit de la langue etc..., *paralysie faciale indolore*.

Je parviens à ouvrir le conduit peu à peu ; vue du tympan, perforé en bas et en arrière ; fongosités saignantes au devant du cadre, saillantes en ce point ; audition très faible ; mais perception crânienne droite. Phthisique. Les observations n° 103, 370, et 439 (cahier 1. *Salpêtrière*) sont de même nature.

La fongosité marginale du cadre détruite, on trouve avec le stylet un os à nu sur la paroi mastoïde près du cadre, la dénudation s'étendant vers la caisse.

OBSERVATION VII. — (337 résumé) malade du service. 27 juin 91. H. 30 ans ; il y a deux ans se tire un coup de revolver dans l'oreille droite ; otite suppurée à la suite ; immédiatement *paralysie faciale droite* sans perte absolue de l'audition à droite sans troubles, ni vertiges, etc. ; et puis hémiplegie gauche immédiate ; par conséquent paralysie alterne ; traces de cicatrices dans le conduit auditif ; large perforation sèche du tympan ; en avant et en bas : segment postérieur et marteau indemnes ; audition assurée du diapason à droite par l'air et sur le crâne ; son perçu modifié par les pressions à droite ; cette épreuve a été plusieurs fois répétée avec résultats positifs. La paralysie faciale est évidemment traumatique directe. Cependant l'ouïe étant intacte malgré l'otite suppurée, il n'est pas admissible que la balle ait frappé le facial à son passage au-dessus de la fenêtre ovale ; aucun signe d'altération de l'appareil de transmission ; au contraire, jeu normal ; pas de labyrinthite non plus.

Au reste, l'autopsie a montré la balle cachée dans le canal carotidien ; elle avait sans doute frappé la paroi du canal résistant, écrasé le massif, et ricoché en avant vers la partie antérieure de la caisse ; aucune lésion intra-crânienne : (obs. des D<sup>rs</sup> Charcot et Poirier, malade vu dans le service).

OBSERVATION VIII. — (résumé) 15 janvier 90. M. X. 46 ans, otite suppurée à droite, il y a 2 ans ; vient d'Amérique, dans le pa-

quebot il a pris froid, et arrive à Paris avec une otite supprimée aiguë nouvelle ; il se plaint seulement d'une gêne légère dans l'œil droit, où l'on ne voit rien d'anormal. Mouvements libres. La lésion auriculaire actuelle est celle-ci : audition affaiblie, mais encore très active à droite ; perforation du tympan dans le quart postéro-inférieur ; manche net ; et le reste du tympan intact ; après plusieurs jours de soins topiques pour calmer la poussée, et sécher l'otorrhée, on voit disparaître les fongosités qui obturaient le conduit auditif et sortaient à travers la perforation. Le 5<sup>e</sup> jour de ces soins, pansements, lavages ; subitement il advient une *paralysie faciale droite complète* (orbiculaire de la paupière compris), sans douleur, sans crise, sans autre cause occasionnelle que les sorties du patient ; quatre semaines après, la perforation se rétrécit, l'oreille est presque séchée ; les fongosités cautérisées ont disparu ;

La paralysie était totalement guérie le 25<sup>e</sup> jour, (pansements antiseptiques ; électrisations suivies, courants continus).

OBSERVATION IX. — (Cah. 1, résumé), 23 juin 92. M<sup>lle</sup> Berthe Car.<sup>...</sup>, 8 ans 1/2, est atteinte d'otorrhée à gauche depuis l'enfance, venue au cours d'une fièvre grave (méningite ?) La montre est perçue à 4 cent. de ce côté.

Le tympan opaque sans triangle ; manche net très évident ; fongosité en bas et en arrière sur la paroi postérieure du cadre masquant la région voisine de la cloison ; derrière cette fongosité, le stylet trouve un orifice osseux, saignant, situé en avant du cadre et du tympan.

Les croûtes enlevées, après l'action du bain de perchlorure de fer, la fistule est très accessible et à bords osseux ; elle est située à deux millimètres en dehors du tympan, déprimé, sclérosé ; redressé par le Polizer avec amélioration de l'ouïe.

OBSERVATION X. — (résumé). M. Chauss.<sup>...</sup> 56 ans, otorrhée double dès l'âge de 16 ans ? Ostéome et cicatrice déprimée proche du cadre, sur le conduit droit ; perforation large du tympan à gauche ; carie du massif intra-tympanique ; audition relative mais sûre.

OBSERVATION XI. — M<sup>...</sup> 45 ans ; oreille gauche perdue depuis l'enfance ; léger écoulement peu consistant muco-purulent ; polype saillant à l'orifice, cutanéisé ; ablation au polypotôme, sans hémorrhagie ; pédicule filiforme, qui se voit en avant du tympan déprimé sur la partie postérieure du conduit en dehors du cadre ; en quelques jours, l'otorrhée est finie et la fissure comblée.

OBSERVATION XIX. — Duham<sup>...</sup> 20, ans ; otorrhée double d'en-

fance ; surdité grave à gauche ; perforations en avant des deux tympans, déformés, adhérents ; fongosités proches du bord postérieur à gauche ; le stylet touche l'os dénudé derrière elles. — Audition revenue après le décollement chirurgical du marteau ; refus de l'opération radicale.

OBSERVATION XIII. — M<sup>me</sup> Lefrane<sup>\*\*\*</sup>, 19 ans, otorrhée d'enfance, mariée depuis 6 mois ; polype à l'oreille gauche, et otorrhée avec douleur depuis peu reparue, enlèvement du polype ; pédicule large inséré sur le bord postérieur du cadre et la partie voisine du conduit ; tympan entier, perforé en bas et en avant ; surdité d'enfance totale gauche. D.-V., latéralisé à droite (bonne).

OBSERVATION XIV. — M. Mou<sup>\*\*</sup>, 40 ans, otorrhée d'enfance des deux côtés, hérédo-syphilis probable ; amélioration rapide de l'écoulement par le sirop de Gibert, après destruction des fongosités ; surface osseuse postérieure dénudée auprès du cadre ; tympan déprimé, épais, adhérent ; à gauche, lésion du mur de la logette et fistule osseuse.

OBSERVATION XV. — Identique. M. X<sup>\*\*\*</sup>, de Cognac : 32 ans, otorrhée gauche ; derrière un large polype inséré sur la paroi postérieure du conduit, le tympan disparu ; l'os dénudé en dehors du cadre ; essai de divers traitements, sans succès ; otorrhée etc., guéris par le traitement spécifique ; syphilis acquise avouée.

OBSERVATION XVI ET XVII. — De même dans l'observation n° 87 (c. II) ; dans l'observation n° 49 (c. II), le polype enlevé, l'atréisie du conduit ouverte, le pédicule apparaît inséré en bas et en arrière, en plein sur le massif du facial, et dans sa partie profonde, laissant la fenêtre ronde à demi-cachée sous le sourcil visible du promontoire ; de plus une certaine audition renaît après l'opération. Il est à remarquer que le polype mou, plat, se dissimulait au fond du sinus prétympanique très accusé.

OBSERVATION XVIII. — L'observation suivante est un type de la fistule osseuse mastoïde borgne interne.

Observation 14 (c. I) (résumé). Femme, 60 ans ; se plaint d'otalgie, de bourdonnements d'oreille, et d'un léger suintement, sanguinolent parfois, avec des démangeaisons (que je signale comme symptôme assez fréquemment unique, dans les otorrhées légères, ou mieux dans les suppurations peu fluentes et peu abondantes liées aux lésions profondes et anciennes de la caisse du tympan), ces malades sont souvent soignées comme atteintes d'eczéma ; à celle-ci un bouchon avait été enlevé l'an dernier.

A l'examen, on trouve ici un polype mollasse, fongueux, saignant, masquant le tympan, inséré sur la paroi mastoïde du conduit.

En deux séances de morcellement suivi du bain de perchlorure de fer, de 10 minutes, avec nettoyage à sec consécutif, la tumeur est réduite ; et ses fragments balayés par les irrigations. Le tympan apparaît avec une enfonçure extrême, générale, avec un déplacement en totalité en dedans, opaque, sans triangle, et le manche peu visible ; en avant de lui, on voit sur la paroi mastoïde, à sa partie moyenne, une fissure semi-lunaire d'où émerge le pied du polype. Le stylet fin coudé s'y engage ; et on reconnaît un trou osseux, dont les bords sont doux et non dénudés ; ce trou est parallèle au cadre et situé à 3 millim. de lui. La douche de Politzer redresse le tympan, et donne une légère audition ; il ne sort ni pus ni sang par la fistule mastoïde entotique.

OBSERVATION XIX. — L'observation 120 est absolument semblable, à cette différence près, qu'on sent au stylet les bords rugueux de l'os perforé, à la fois en dehors et en dedans du cadre. L'otorrhée date de l'enfance, à la suite d'une fièvre typhoïde.

OBSERVATION XX. — De même pour le n° 127 ; ici l'aspiration avec le Siegle ne fait pas sortir de pus par la fistule sèche, osseuse ; le tympan est sec, mat, opaque, enfoncé ; le manche net. La perforation du conduit est assez haute ; mais située encore sur le massif osseux, bien au-dessous des limites de l'attique.

OBSERVATION XXI. — L'observation suivante est des plus intéressantes parce que les fongosités enlevées, le tympan redressé, un vertige datant de deux ans a totalement disparu pour ne plus revenir ; de plus l'audition absolument perdue a reparu satisfaisante ; enfin, il résulte de l'histoire du malade qu'il a été deux fois sur le point d'avoir de la paralysie de la face ; sa lésion est intra-tympanique, mais borde le cadre.

Obs. 60 (résumée). H. 42 ans. Big<sup>'''</sup>. sourd absolument depuis un an pour la parole. L'oreille gauche est perforée en bas et en avant et sèche ; sclérose totale à gauche. Il y a des bourdonnements qui attirent surtout son attention. Depuis deux ans, vertiges par accès, du type du vertige de Ménière, avec chute quelquefois. Ce malade intelligent a suivi tous les traitements usités pour le vertige auriculaire, et très longtemps il a été soumis au sulfate de quinine.

Quant au traitement local, c'est toujours des bruits de l'oreille gauche que le sujet s'est plaint ; et par suite, c'est de celle là seule qu'on paraît s'être toujours occupé partout.

Le 1<sup>er</sup> jour de l'examen, je place la poire à air à l'oreille droite pour faire les pressions ; le malade est aussitôt pris d'un malaise, semi-syncopal, qu'il compare à ses vertiges : c'est dans la droite que siège la cause de ses accès vertigineux évidemment. En effet, on constate que le tympan droit est déformé, défoncé, gondolé ; le manche invisible adhère à la paroi interne ; de plus, sur le bord mastoïde du cadre une dépression, un trou est senti au stylet ; trou à bord antérieur osseux, crépitant (os à nu) ; trou profond, où l'on pénètre en arrière dans une étendue de plus d'un demi centimètre ; le tympan perforé est plissé en rayons déprimés convergeant vers ce point, où le fond est saignant, fongueux. Du pus sort de là sous l'influence des aspirations au moyen du Siegle ; avec le Politzer aussi, mais il y a peu de suppuration habituelle, c'est le matin qu'il y en a surtout (*v. fig. 12*).

Je questionne le malade au point de vue de la paralysie faciale ; et j'apprends qu'à plusieurs reprises et tout dernièrement, il y a quinze jours, il s'est senti tout à coup tout le côté droit de la face raidi, comme engourdi, la joue lui paraissait gonflée ; l'œil se fermait mal, il y avait de la douleur de la face au contact ; mais ni fluxion, ni coryza, ni angine, ni rien à l'oreille de nouveau ; puis cette gêne fixe a passé sans laisser de traces.

Pour qui sait observer, la paralysie faciale était alors imminente à l'insu de tous.

Depuis que l'oreille a eu un bain de perchlorure de fer, le trou osseux est très accessible ; le pus ne séjourne pas ; et il n'y a plus de vertige. Les jours suivants je décolle le manche soudé au labyrinthe, et je mobilise le tympan en totalité.

L'audition reparait aussitôt, et l'on peut causer avec le sujet à distance ; c'est une résurrection de l'ouïe.

Le malade n'a pas accepté une opération totale tout indiquée dans son cas, et n'est pas revenu.

OBSERVATIONS XXII, XXXIII et XXIV. — L'observation n° 7, du même cahier II de la Salpêtrière, est identique. De même le n° 31 bis, (c. II Salp.). De même, à peu près le cas du n° 36 (c. II Salp.).

On assiste quelquefois à l'élimination d'un séquestre de la paroi postérieure de la caisse ou du conduit, séparé d'une fongosité que les cautérisations avec le perchlorure de fer ont détruite, et qui tombe dans l'eau des nettoyages ; d'autrefois c'est le stylet qui découvre là le séquestre mobilisé au milieu des fongosités qui le masquent.

C'est le cas chez le malade n° 21.

OBSERVATION XXV. — 48 septembre 1891. H. 49 ans, homme d'af-

faïres, grand, solide, bien portant; acné rosacé du nez; otite suppurée droite en 1869; retour de la suppuration aux bains de mer.

L'oreille gauche n'a jamais suppuré, mais s'est affaiblie graduellement (sclérose).

Cependant l'audition de la parole est très suffisante à gauche pourvu que la parole soit d'intensité moyenne; la conversation n'est plus possible à voix confidentielle; ni bourdonnements, ni vertiges: le malade avoue la syphilis; mais il l'a, dit-il, assez bien soignée pour ne rien redouter de nouveau.

A droite, M. collée = 0. Audition de la parole douteuse; à gauche, M = 4 centimètres, mais perception crânienne = 0. L'oreille droite siffle quand il se mouche. A l'inspection, sclérose gauche; à droite masse polypeuse mollasse insérée sur la paroi mastoïde que je détruis rapidement par des attouchements et bains de 10' de perchlorure de fer; puis le fond, avec tympan perforé dans son quart inféro-postérieur, se découvre.

Je touche avec le stylet porté dans cette direction un corps mobile et donnant la sensation d'une esquille.

Le lendemain au milieu des fragments noirs du pédicule du polype que le lavage ramène, je trouve une parcelle osseuse de trois millimètres de diamètre en longueur et de deux millimètres en largeur et légèrement aplatie. La caisse est à nu; on n'a pas amélioré l'ouïe de ce côté. Avec le Politzer, à gauche, on donne une portée de 6 centim. à la montre. (Sp. Gibert, pansements iodoformés.)

OBSERVATION XXVI. — L'observation 92 est semblable comme lésion, mais tout est sec actuellement.

OBSERVATION XXVII. — Le cas est le même encore pour le n° 139 (C. II); ici l'otorrhée est à répétition; il y a des fongosités saillantes qui cachent un décollement du tympan au cadre; là la caisse était à nu.

OBSERVATION XXVIII. — H. Viol, 17 ans, atteint d'otorrhée dès l'enfance. Tous les mois il y a une crise de douleurs et un écoulement purulent. D. V. + à droite, côté qui suppure; D. par air = 0 à droite.

On trouve un tympan droit conservé opaque dans ses trois quarts antérieurs; un peu fongueux en bas et en avant. Sur la paroi mastoïde, près du cadre, en dehors du tympan, qui est un peu couvert par elle, fongosité petite; le stylet coudé pénètre dans le tissu osseux, non crépitant, en avant du tympan.

En quelques jours au moyen du bain de perchlorure de fer, la fongosité a disparu; et il reste une fissure de quelques milli-

mètres de haut, située en avant du tympan qui ne montre point de perforation.

Le stylet s'engage dans un diverticulum osseux, dont il suit les bords non dénudés.

Trois mois après, nouvelle crise, après des bains froids ; l'aspect n'a pas varié en arrière, la montre est perçue à 15 cent. à droite, quelques fongosités superficielles, rapidement séchées, en bas et en avant.

(Sp. Gibert. et sirop iodo-tannique, alternés ; pansements et topiques antiseptiques.)

OBSERVATION XXIX. — Même tableau pour l'observation 129. M<sup>me</sup> Ges<sup>...</sup> 38 ans ; otorrhée datant de la jeunesse ; guérie il y a déjà longtemps, et revenue depuis quinze jours.

Le tympan est entier, déformé, le manche net ; pas de triangle ; pas de transparence ; le stylet s'enfonce en arrière dans un trou osseux à bord crépitant.

L'os dénudé est saignant tout au bord du cadre. Cependant sur le dessin pris au moment même de l'inspection, j'ai marqué une distance de 2 à 3 millim. entre le cadre tympanal et la fistule osseuse, qui répond à l'extrémité postérieure du diamètre horizontal du tympan, passant par l'umbo. Après le traitement, la montre est entendue à 22 centimètres.

OBSERVATION XXX. — Le n° 5 est une fille de 18 ans atteinte de surdité droite absolue ; à l'oreille droite on constate la présence d'un polype qui comble le conduit ; il est indolore, mobile ; il n'y a pas d'écoulement de pus.

Le polype enlevé avec le polypotome, sans difficulté, on trouve que le pied du polype sort par une fistule osseuse, à bords doux, minces, parallèles au cadre, et à 3 millimètres et plus en dehors de lui ; le tympan est largement perforé en bas et en avant ; suppuration nulle ; huit jours après l'opération, la fistule n'est plus accessible au stylet et à peine visible sur la paroi mastoïde. (page 5 du 2<sup>e</sup> registre). (v. fig. 13).

Ici, la lésion osseuse est à bonne distance du cadre ; elle a évolué malgré une large voie tympanique d'écoulement du pus vers le conduit ; c'est une voie nouvelle qui s'est créée pour l'écoulement du pus intra-mastoïdien, à travers la paroi postérieure du conduit, et près du cadre ; la lésion date de l'enfance.

OBSERVATIONS XXXI et XXXII. — Nous avons observé ces mêmes lésions du conduit avec des cicatrices adhérentes sur la région mastoïde, derrière le pavillon, dénonçant l'abcès intra-mastoïdien qui s'est ouvert sur les deux côtés (obs. 173 ; obs. 36).



OBSERVATIONS XXXIII et XXXIV. — Je ne multiplierai pas les observations de lésions limitées à cette paroi mastoïde du conduit, proche du cadre, trouvées après l'ablation du polype (obs. p. 24 et 24 bis (C. II.)) ; elles se ressemblent toutes ; on enlève le polype, on trouve une fistule osseuse mastoïde borgne interne ; et, vieille ou jeune, la patiente se rappelle une otorrhée d'enfance ; c'est le cas dans ces deux faits encore.

OBSERVATIONS XXXV. — Le n° 32 H. Volleu \*\*, 40 ans, a eu après une diphtérie à 20 ans les oreilles suppurées ; la droite suppure toujours ; on trouve le tympan déprimé méconnaissable, et en arrière sur la paroi mastoïde paraissant se continuer en bas avec la caisse, en avant du tympan refoulé, s'est formée une large échancrure à bords osseux où le stylet coudé pénètre et sent la crépitation caractéristique, au milieu de fongosités saignantes et purulentes. Le pus sort en ce point sous l'influence des aspirations avec le Siegle ; rien de pareil avec le Politzer ; surdité totale.

Le malade refuse toute opération radicale.

Je ne ferai que rappeler de nombreux faits où l'ouverture de l'apophyse mastoïde a été exécutée avec ou sans fistules osseuses de la région mastoïde dans les cas d'otorrhée avec fongosités polypeuses du conduit. Au cours de l'opération, dans ces conditions, le stylet, pénétrant par la fistule superficielle, vient heurter la sonde cannelée introduite dans le conduit auditif, montrant la communication de ces deux canaux avec le foyer intérieur, l'un mastoïdien, l'autre souvent en avant du cadre. Il y a parfois comme trait d'union une cavité récélant un séquestre inabordable par toute autre voie que l'ouverture mastoïdienne.

OBSERVATIONS XXXVI, XXXVII et XXXVIII. — Le tympan peut être absolument, ou en grande partie, conservé avec ces lésions étendues.

Chez les enfants, c'est une forme assez communément observée. (obs. 112, 173-19, C. II.).

C'est surtout chez les petits enfants que l'ouverture de l'antre s'impose dans ces otorrhées fongueuses ; cependant il faut essayer tout d'abord des soins topiques, directs ; et opérer seulement les cas rebelles, à récidives, et dont l'otorrhée, liée à ces lésions osseuses, reste intarissable ; et tout d'abord, le traitement antisiphilitique doit être ordonné ; il a suffi souvent.

OBSERVATION XXXIX. — *Otorrhée à répétition à chaque grossesse, paralysie faciale*, n° 171 (Cahier II. Salpêtrière.), 24 juin 1893.

F<sup>e</sup> Draï \*\*\* 29 ans, 3 enfants. Après trois mois de crises, de douleurs atroces dans la moitié de la tête, otite suppurée, lors de la première couche.

Depuis, retour de la suppuration à chaque grossesse.

Depuis trois mois nouvelle grossesse, et paralysie faciale totale du côté de l'oreille, qui coule de nouveau abondamment.

La malade ne souffre plus ; mais elle a eu encore des crises de douleurs, avant le retour de la suppuration actuelle. Tympan opaque, déprimé, flasque ; peu mobile, en avant, défoncé et adhérent en arrière, où le pus sourd par le Siegle ; rien au conduit, derrière les bords du cadre saillant, le stylet pénètre sur la paroi postérieure dans une cavité osseuse qui crépite et saigne, au niveau des cellules mastoïdes.

Bien que la paralysie faciale date de trois mois elle est totale encore (orbiculaire compris.) En quelques jours l'audition est améliorée par les nettoyages et par l'insufflation.

OBSERVATION XL. — (Résumé). Ce 2 novembre 1893, M. Gill \*\*\*, 30 ans, a été déjà soigné par moi il y a onze ans d'une otorrhée droite datant du jeune âge et guérie.

Depuis six mois, retour de la suppuration ; céphalée persistante et surdité graduelle de ce côté. M = 5 cent. à droite ; et après le Politzer, M = 22 cent. à droite.

Le tympan défoncé opaque, couvert de pus ; nettoyé, on le trouve entier, se redressant en partie par le Politzer.

Sur la paroi mastoïde à 3 millim. du cadre une saillie de la paroi ; et derrière elle un enfoncement où s'engage le stylet coudé, qui touche un orifice osseux non dénudé, et ramène du pus épais. Le Politzer en fait sourdre un peu au même endroit ; pas de sifflement de perforation : quelques fongosités, plates ; pas de douleurs. (Poltizer, pans. ouate et phénosalyl (1/100) ; et gaze iodoformée à demeure ; irrigations avec la sonde d'Hartmann modifiée).

J'ai déjà parlé des paralysies traumatiques du facial par écrasement de la région otique. Dans un cas (obs. Saudrin) que j'ai pu suivre jusqu'à la guérison parfaite, l'intégrité absolue de l'audition constatée dès qu'on eut nettoyé le conduit et la caisse de caillots amassés et des fragments d'épiderme décollés, qui oblitéraient le passage, permit dès l'abord d'admettre que la paralysie faciale était due à un écrasement du canal de Fallope au niveau du massif.

Les lésions traumatiques étaient au reste très sérieuses sur l'apophyse et autour d'elle ; c'est là que le choc avait porté. Ainsi le cerveau put être reconnu indemne, et la paralysie déclarée périphérique malgré l'évanouissement d'une heure qu'avait eu le sujet au moment de l'accident (obs. de S\*\*\* 15 avril 1888.)

En résumé, les lésions osseuses de la paroi postérieure de la caisse et de la paroi mastoïde du conduit proche du cadre tympanal sont assez fréquentes ; leur siège, leurs complications par des fistules permanentes, des polypes, des tumeurs fongueuses, et l'otorrhée qu'elles entretiennent et dont elles causent les faciles récurrences leur donnent un caractère commun, typique ; enfin la paralysie faciale qui les accompagne souvent achève d'en former un groupe bien particulier digne d'une étude spéciale. J'ai vu deux fois une deuxième fistule borgne à l'entrée du conduit osseux (paroi mastoïde.) (Obs. III).

Je répéterai en terminant que la présence du nerf facial en ce point, par les difficultés et même les impossibilités qu'elle crée au point de vue des interventions chirurgicales actives directes, différencie totalement cette région chirurgicale de l'oreille du mur de la logette, qu'on peut facilement abattre au contraire pour ouvrir l'attique et arriver au plus près de l'orifice de l'antrum mastoïde.

#### IV. — *Thérapeutique.*

Au point de vue thérapeutique, ces lésions doivent être traitées par des moyens topiques ; des pansements quotidiens profonds, directs, antiseptiques, des bains et lavages locaux, l'ablation du polype, le balayage du pus par le Politzer ; le grattage des fongosités, l'injection par la trompe de vaseline iodoformée, de liquides antiseptiques, l'extraction des séquestres, par les voies naturelles, etc. Ce sont là les soins classiques à donner dans les cas d'otorrhée et sans lesquels il n'est pas de guérison.

On y joindra de plus, au moment des retours offensifs de l'infection aigüe, toute la série des applications topiques, sédatives, antiseptiques, réfrigérants appliqués en permanence sur

l'oreille et sur le côté de la tête, et l'usage de fortes doses de sulfate de quinine. Mais, dès que les phénomènes prennent le caractère de gravité qui fait craindre la généralisation du processus infectieux, il faudra s'attaquer au foyer lui-même, à la région cariée, qu'il n'est possible d'atteindre sérieusement qu'à travers la région mastoïde, heureux si le foyer est unique et la carie limitée au seul point visible.

En outre, avant tout, dès qu'il est établi que l'otorrhée date de la première enfance, et qu'il s'agit d'un adulte sain, le médecin auriste, en face d'une lésion osseuse siégeant sur la région que nous venons d'étudier, se rappellera qu'il y a beaucoup à attendre du traitement spécifique méthodique et énergique.

L'expérience clinique nous a montré qu'il est ainsi possible de modifier rapidement et de guérir de ces otorrhées datant de 10, 15 et 20 années.

La notion du début de l'affection dans tout le jeune âge conduit donc à une thérapeutique effective ; et avant toute intervention chirurgicale, l'essai du traitement ioduré et mercuriel doit être fait pendant un temps suffisant, quand on n'assiste pas à une de ces crises d'infection nouvelle, à marche redoutable, qui commandent une thérapeutique radicale et l'ouverture des cellules mastoïdes.

Le pronostic de la paralysie faciale liée aux lésions du massif osseux qui englobe le canal de Fallope et constitue une partie de l'enceinte mastoïdienne, est assez divers. Si l'on assiste à l'apparition de l'accident, à ses débuts, et s'ils coïncident avec la poussée récente et l'aggravation de la lésion locale, on a beaucoup à espérer des soins topiques intelligents. Méthodiquement appliqués ils arrêtent la marche du processus infectieux, font disparaître l'engorgement et cesser la compression du nerf facial. S'il y a un polype, on a vu que son extraction peut suffire à faire disparaître les phénomènes parétiques encore à leur début, en quelques jours.

De toutes façons son ablation évite la compression, et la rétention du pus ; il facilite le traitement local. L'enlèvement des séquestres, des fongosités, rend très probable et plus

prompte la disparition des accidents du côté du facial. En effet, la guérison de la paralysie de la face est le cas le plus ordinaire dans ces conditions.

Cependant bien que le retour des accidents parétiques soit certainement empêché par l'ablation du polype, des fongosités, des séquestres, etc., qui entretiennent au niveau du canal de Fallope un foyer d'infection dissimulé mais permanent, dont l'érysipèle a pu naître aussi (obs. du Dr Lermoyez), il faut agir avec une grande prudence ; l'accident redouté peut en effet se produire à la suite de ces interventions, même en apparence les plus inoffensives. L'auriste consulté fera ses réserves par avance à ce point de vue ; il saura discerner ce qui indique la poussée infectieuse nouvelle, dans les malaises ou troubles accusés par le sujet, et se rappellera que la paralysie faciale est dans les possibilités du moment ; prudemment l'enlèvement du polype peut être différé, jusqu'à l'extinction du processus inflammatoire, réveil de la vieille lésion, sur laquelle s'est développée la végétation polypeuse. Autrement on pourrait assumer une lourde responsabilité.

Le traitement de la paralysie par les courants continus ou faradiques est classique ; et même dans les cas les plus anciens il ne faut pas désespérer de le voir amender la déviation des traits et l'expression de la face, car la réaction de dégénérescence n'existe pas fatalement dans les cas les plus rebelles.

L'observation suivante montre le nerf à nu au fond de la partie cariée du massif, et excitable aux attouchements,

OBSERVATION XLI. — Ce 23 novembre 93. Otorrhée, carie du massif ; *facial à nu, excité par chaque attouchement de la région*. D<sup>me</sup> 25 ans, otorrhée droite datant de l'âge de 6 ans ; intermittence dans l'écoulement : douleurs otiques rares, mais céphalalgie et migraine de ce côté. Audition droite très affaiblie et perdue au moment du retour de la suppuration abondante. Près du cadre, le fond du conduit est masqué en arrière par une saillie semi lunaire de la paroi mastoïde, s'avancant en avant et masquant le fond dans son tiers postérieur ; derrière cette saillie rouge en bourrelet dur, le stylet coudé s'enfonce dans une cavité spacieuse qui communique avec la caisse béante, le tympan ayant disparu en entier.

En haut et en avant, sous le bord supérieur du cadre seul visible, vestiges grisâtres du manche du marteau mobiles crépitants. La curette coudée proménée derrière le bourrelet de la paroi mastoïde du conduit ramène du pus ; mais à un moment donné, le grattage très superficiel, plutôt explorateur, provoque sans douleur une grimace de la joue du côté malade ; le rictus reparait à un deuxième passage de la petite curette ; aucune hémorrhagie ; pas de fongosité ; il est évident que la curette touche et irrite le nerf facial à son passage au niveau de la paroi mastoïde du conduit ; et que la carie osseuse l'a mis à nu en ce point ; (pansements à la gaze iodoformée).

Voilà donc un cas où le facial se trouve à nu dans la paroi extra-tympanique de son trajet, et vulnérable par les attouchements de cette région du conduit.

Les otorrhées symptomatiques de carie de la portion que j'ai nommé massif osseux du facial, doivent donc être examinées avec beaucoup de prudence et traitées avec la plus grande circonspection, car le nerf facial peut être à nu ou tout au moins très superficiel par suite de la carie de la paroi du conduit.

Ici la destruction s'étendait aussi à l'attique.

OBSERVATION XLII. — Du Dr Lermoyez. Hop. Bichat ; salle Récamier, n° 16. (Résumé). 21 octobre 93. *Otorrhée, carie du massif, paralysie faciale*. M<sup>lle</sup> Lel \*\* Marie. 27. Couturière ; à 8 ans mal aux yeux qui dura jusqu'à 14 ans ; puis les oreilles se mettent à suppurer toutes deux. D'abord la surdité est complète : puis l'ouïe reparait par intermittence ; à 18 ans, érysipèle de la face, avec paralysie faciale droite ; et depuis surdité absolue, la parole cesse d'être entendue. A 23 ans, fièvre typhoïde, soignée dans le service de M. Lacombe. On électrise alors le côté paralysé ; et on obtient une amélioration franche.

Aujourd'hui, la paralysie faciale est encore très évidente, mais atténuée, excepté dans les mouvements de la face, qui causent une déviation forte des traits. L'œil droit se ferme à peine ; réaction franche au courant faradique.

L'exploration de l'oreille droite montre en plus de lésions sclé-reuses communes aux deux organes, une dépression prétympa-nique cicatricielle sur la paroi mastoïde du conduit auditif ; et plus en dehors une saillie en demi lune, épaisse, masquant

quelque peu le bord postérieur du cadre. Le fond de la dépression prétympanique, n'est pas accessible aux regards ; mais le stylet coudé porté derrière le bourrelet semi-lunaire de la paroi mastoïde du conduit revient chargé de pus épais ; et nulle part ailleurs on ne trouve de perforation, de fongosité ou de fissure ; donc le pus sort de cet infundibulum par un pertuis caché. Le tympan est déprimé non déformé. Il y a là une lésion osseuse du massif du facial, expliquant la paralysie et les infections secondaires, (érysipèle).

## CONCLUSIONS

1° La caisse du tympan et les cavités mastoïdiennes sont séparées incomplètement en haut, totalement en bas, dans les 2/3 inférieurs, par une lame osseuse compacte, qui forme à la fois la paroi postérieure du conduit auditif externe et celle de la caisse, de sorte que susceptibles d'être remplies simultanément, ces cavités ne se vident qu'isolément, indépendamment l'une de l'autre.

2° Considérant l'importance pathogénique de cette cloison osseuse, l'auteur la caractérise d'une façon précise par son rapport anatomique le plus saillant, et la nomme : « *le massif osseux du facial*. »

3° Le canal de Fallope traverse ce massif de haut en bas et de dedans en dehors ; d'abord situé en avant de lui, il lui devient postérieur en bas ; on peut lui considérer : 1° une portion intra-tympanique ; 2° une portion tympanique, au point où sa direction coupe le cadre tympanal oblique en sens inverse ; 3° une extra-tympanique, mastoïde, qui contourne la paroi postérieure du conduit auditif hors du cadre.

Il est auriculaire toujours dans ces trois portions au point de vue pathologique.

4° Le point d'intersection du canal avec le bord postérieur du cadre répond au grand diamètre horizontal de la membrane du tympan, passant par l'umbo. A ce niveau le facial se trouve situé parfois à 2 millimètres seulement de la surface du conduit auditif, souvent à 3 millimètres, et à 4 millimètres rarement chez l'adulte.

5° Pour son trajet extra-tympanique, le canal de Fallope côtoie la paroi postérieure du conduit, qu'il contourne pour lui devenir inférieur. L'étendue du contact ne dépasse pas 5 millimètres ; c'est-à-dire que, à 5 millimètres du pôle inférieur du cadre du tympan, le canal cesse d'avoir rapport avec la paroi du conduit.

Dans cet espace, le facial passe à la profondeur de 2 à 4 millimètres, au plus, de sa surface.

7° L'épaisseur de la lame osseuse qui forme les parois postérieures du conduit et de la caisse tout à la fois est très inégale ; souvent les cellules aériennes affleurent près du conduit. Ces points de moindre résistance ont paru plus nombreux et plus fréquents auprès du cadre.

Souvent du côté mastoïdien la lame osseuse compacte est à nu sur une surface étendue, et l'on voit le canal de Fallope saillant de ce côté, au milieu de larges cellules communiquant avec l'antre agrandi.

Ces variétés anatomiques expliquent les complications.

7° Une section dirigée dans le sens du plan perpendiculaire à la surface temporale du crâne, au niveau du trou auditif, et vers le bord postérieur du cadre tympanal tombe sur le canal de Fallope qu'elle coupe, et sur la paroi postérieure de la caisse, et ouvre l'hiatus mastoïde, laissant l'antre en arrière, et l'attique en avant.

Ainsi j'établis une ligne fictive, repère utile pour la limitation des cavités otiques dans lesquelles on veut donner accès<sup>1</sup>.

8° En ouvrant le fond du conduit auditif, par sa paroi supéro-postérieure à 3 millimètres en arrière de cette ligne de section fictive, on arrive directement sur l'antre mastoïde, sans toucher le facial.

9° En ouvrant ce conduit, en avant de cette ligne fictive, à 4, 5 m. m. au-dessus du cadre, on abat le mur de la logette des osselets, et on ouvre l'attique.

10° La limite de l'antre mastoïde est à 6 à 8 millimètres en arrière de la ligne de repère ; au-delà, on touche le sinus latéral.

<sup>1</sup> Pour ces repères lire le travail *in extenso*.



11° L'ouverture de l'antre ne peut être suffisante et utile que si elle est faite à travers l'apophyse mastoïde, le massif osseux du facial constituant une cloison étanche entre la caisse et lui.

Pour satisfaire strictement aux indications dans l'abcès intramastoïdien compliquant l'otite suppurée, il faudra donc : ouvrir les cellules mastoïdes, ouvrir la paroi postérieure du conduit jusqu'à 5 millimètres du cadre ; la creuser au-dessus du niveau du cadre ; ainsi on arrive sur la ligne de repère indiquée pour ouvrir l'antre.

12° L'ouverture de l'attique est facilitée par la notion de la ligne fictive, en avant de laquelle la paroi supérieure doit être enlevée dans une étendue de 5 millimètres au plus, à partir du cadre.

Cette opération n'ouvre jamais suffisamment l'antrum ; le bord supérieur du massif osseux s'élève toujours bien au-dessus du cadre tympanal, parfois de 4 à 5 millimètres.

De là, l'idée de réunir dans une même opération l'ouverture de l'antre, de l'attique et des cellules mastoïdiennes.

13° Au point de vue pathogénique, on sait que par la présence de cette cloison osseuse, incomplète en haut, la caisse et les cellules mastoïdes et l'antre liés fatalement sous le rapport pathologique (infection, décubitus) sont presque absolument séparés quand il s'agit d'appliquer les soins topiques, (irrigation, drainage, désinfection, etc.)

Le conduit draine surtout la caisse du tympan. L'obstacle est le massif osseux du facial, inabordable dans sa partie tympanique. De là, la nécessité de créer une voie spéciale artificielle pour drainer et traiter les cavités otiques placées derrière lui (ouverture de l'apophyse mastoïde et de l'antrum).

De là, les rétentions de pus, puis les caries, fistules osseuses, séquestres de ce massif, et les otorrhées interminables ; de là, surtout la complication grave de la paralysie faciale, des tics de la face.

14° La paralysie faciale peut compliquer la suppuration intra-mastoïdienne sans lésion osseuse apparente ni sur le conduit, ni sur la paroi postérieure de la caisse (lésion de la partie extra-tympanique du canal de Fallope).

15° Le facial est atteint dans les lésions du massif osseux (ca-

ries, fongosités, nécroses, fistules intra-tympaniques et tympaniques). (V. observations).

16° La paralysie faciale peut être observée dans l'otorrhée dans les lésions osseuses du fond du conduit, en dehors de la caisse; les fistules de la paroi postérieure du conduit, plus ou moins rapprochées du cadre tympanal sont fréquentes. Les polypes, insérés ou issus de trajets fistuleux au même point, associés à la paralysie faciale ou non, sont fréquents (V. observations); leur ablation peut se compliquer de l'apparition d'une paralysie de la face, ou l'amener rapidement (V. observations). Une balle de revolver peut léser le facial dans ce point, l'ouïe étant conservée et l'appareil de transmission intact, même le tympan perforé (V. observations).

17° La présence du facial dans cette région otique paralyse les efforts de la chirurgie; la gravité des lésions et des complications (pyoémie, etc.) peut être telle qu'il faille sacrifier ce nerf pour remplir l'indication principale (opérations du Dr Chaput).

18° Dans l'otorrhée avec séquestre en ce lieu, il y a intérêt, avant d'intervenir *manu armata*, d'attendre la mobilisation et la séparation de la partie nécrosée par le travail d'élimination spontanée, sous peine, pour l'opérateur, de prendre la responsabilité d'accidents aussi désagréables que la paralysie de la face et la déformation indélébile des traits (V. observations).

19° Dans l'opération du curettage des surfaces osseuses fongueuses et cariées, il y a prudence à toucher légèrement les divers points du massif osseux le plus souvent atteint dans l'otorrhée, soit dans sa partie intra-tympanique, soit dans sa partie extra-tympanique si voisine du facial aussi.

20° Dans les traumatismes du crâne, suites de chutes avec otorrhagie, paralysie faciale, etc., la lésion peut être limitée à l'écrasement du canal de Fallope, avec compression du nerf par l'hémorrhagie, l'audition reparaissant dès que le conduit est débarrassé, et les mouvements de la face, après la résolution de l'épanchement (V. observations).

---

## II

### SUR L'OBLITÉRATION CONGÉNITALE OSSEUSE DES CHOANES

PAR

**A. GOUQUENHEIM,**  
médecin  
de l'hôpital Lariboisière.

**L. HÉLARY.**  
(d'Enghien-les-Bains)  
ancien interne des hôpitaux.

De toutes les malformations de l'organisme, il en est peu qui, jusqu'en ces dernières années, aient été si rarement observées que l'oblitération congénitale osseuse de l'ouverture postérieure des fosses nasales. Les anomalies de cette région et les troubles qu'elles déterminent n'ont guère, en effet, été étudiés que de nos jours, et si on les a si longtemps méconnus, c'est aux modes incomplets d'investigation de l'arrière-nez et du pharynx supérieur au moins autant qu'à la rareté des faits de ce genre qu'il faut imputer l'insignifiance des recherches inspirées par ce sujet. Mais l'intérêt qui s'attache maintenant de plus en plus à l'étude des affections nasales, l'emploi plus répandu du toucher rhino-pharyngien et de la rhinoscopie postérieure ont contribué à faire découvrir et décrire un certain nombre de cas d'occlusion congénitale d'une ou de deux choanes, à en établir la symptomatologie, et à faire trouver les moyens curatifs propres à remédier aux accidents qu'elle détermine. Toutefois le nombre de ces cas publiés est encore bien peu important, et indépendamment du fait qui est l'objet de cette étude, l'un de nous n'a rencontré dans une pratique, pourtant étendue, qu'un autre fait chez un adulte âgé de 30 ans, traité pour des végétations adénoïdes.

## I

Les auteurs anciens n'ont guère soupçonné cette anomalie intéressante de l'oblitération des arrières-fosses nasales ; toutefois, Plin l'Ancien, dans son histoire naturelle, fait cette remarque bizarre, que les enfants nés dans le septième mois ont souvent les oreilles et le nez imperforés. Mais nous ne croyons pas qu'il s'agisse, dans cette citation, de l'arrière-nez.

Dans un travail sur un vice de conformation du pharynx nasal, John N. Mackenzie, de Baltimore, émet l'idée que ces malformations doivent être moins rares qu'on ne le suppose. « Les malformations du naso-pharynx, dit-il, sont considérées généralement comme constituant des anomalies rares ; si l'on réfléchit, cependant, que la plupart de ces difformités sont compatibles avec une santé excellente et ne causent *aucune gêne* aux individus qui en sont affectés et que, d'autre part, l'examen rhinoscopique de la cavité naso-pharyngienne n'est qu'exceptionnellement pratiqué, on comprendra que le degré de fréquence de ces conformations vicieuses ne saurait s'apprécier d'après le nombre des observations connues. » Cette opinion de J. N. Mackenzie n'est acceptable que pour les cas d'oblitération unilatérale, où les troubles fonctionnels sont peu apparents, ce qui peut arriver en cas de liberté complète de l'autre fosse nasale ; car l'oblitération des deux choanes, si elle est à peu près complète, n'est guère compatible, comme nous le verrons plus loin, avec l'intégrité de la santé générale. Les différents traités de pathologie, même les plus récents, ne parlent que d'une façon très brève de ces oblitérations osseuses des arrières-fosses nasales. C'est à peine si dans les traités spéciaux de rhinologie, tels que ceux de Zuckerkandl, Morell Mackenzie, Moldenhauer, Moure, on peut trouver quelques descriptions très sommaires de ces anomalies. Bosworth, Lennox, Brown, Sajous, n'en parlent pas. J. Solis-Cohen mentionne quelques faits dont un lui est personnel. Les observations sur ce sujet sont en effet des plus rares, et on ne peut les trouver qu'éparses dans la littérature médicale. C'est

ainsi qu'Emmert, <sup>(1)</sup> a relaté le cas d'un enfant de 7 ans qu'il lui fut donner d'observer, et qui présentait une obstruction osseuse des deux choanes.

De même Luschka <sup>(2)</sup> a pu voir chez une jeune fille la curieuse anomalie suivante : entre la lame horizontale de l'os palatin et la face inférieure du sphénoïde s'étendait dans l'arrière-cavité des fosses nasales une lame osseuse de peu d'épaisseur ; cette expansion de l'os palatin adhéraît au sphénoïde par une véritable suture dentelée ; cette anomalie était la même de l'autre côté, de sorte que les deux choanes étaient également obstruées par ce tissu osseux.

Voltolini <sup>(3)</sup> a cité aussi un cas semblable, mais où la choane droite était seule obstruée, et l'imperforation de la fosse nasale paraissait due aussi à des adhérences congénitales qu'il traita par la galvanocaustique.

En examinant un fœtus de neuf mois, Betts <sup>(4)</sup> a constaté qu'une lame de nature osseuse oblitérait les arrière-fosses nasales.

J. Solis-Cohen <sup>(5)</sup> a vu aussi un exemple d'occlusion congénitale des deux choanes chez un enfant qui souffrait d'une suffocation violente et chez lequel il obtint difficilement le passage à travers le pharynx d'éponges préparées introduites après la section de l'obstacle nasal avec le bistouri.

Ayant eu l'occasion d'autopsier des enfants nouveaux-nés morts sans avoir pu respirer, Donaldson <sup>(6)</sup> constata de visu la cause de l'asphyxie, alors qu'aucun vice de conformation apparent ait pu expliquer la rapidité de ces accidents : une membrane épaisse dure au point qu'il était difficile de la perforer même avec un instrument pointu, recouvrait les deux choanes, et empêchait complètement l'air de passer par les fosses nasales.

(1) EMMERT. — *Lehrbuch. d. Chirurgie.* Stuttgart. 1853.

(2) LUSCHKA. — *Schlundkopf. der Menschen.* 1868.

(3) VOLTOLINI. — *Die Anwendung d. Galvanocaustik.* Wien. 1870, 2<sup>e</sup> édit p. 240-242.

(4) BETTS. — *New-York med. journ.* juillet 1877, p. 97. et *Arch. de Toxicologie*, sept. 1876.

(5) SOLIS-COHEN. — *Diseases of the throat and nasal passages.* New-York, 1880, p. 385.

(6) DONALDSON. — *Edim. med. jour.* 1880.

Moure <sup>(1)</sup> de Bordeaux, à l'aide de l'examen rhinoscopique a observé chez un malade un cas d'imperforation d'une choane, constituée par une saillie osseuse, qui obturait tout l'orifice en s'étendant du bord externe vers la cloison.

Dans l'observation rapportée par John N. Mackenzie, il ne s'agit pas à proprement parler d'une oblitération du rhinopharynx par du tissu osseux ; puisque, chez la jeune fille dont il parle, il existait simplement un prolongement osseux de la cloison s'en allant en arrière rejoindre la paroi postérieure du pharynx, de façon à diviser le pharynx en deux cavités plus petites. On comprend que dans ce cas cette malformation n'ait donné lieu à aucun des troubles physiologiques que détermine une véritable occlusion des choanes.

Schrötter <sup>(2)</sup> qui est arrivé à rassembler quelques observations sur ce sujet est d'avis qu'il s'agit là d'une affection des plus rares. Il relate à ce propos l'histoire très intéressante d'une jeune fille de 19 ans, bien constituée en apparence, mais se plaignant surtout de troubles de l'olfaction et d'une impossibilité absolue de respirer par le nez. L'examen du rhinopharynx montra que la cause de ces troubles était due à l'oblitération des deux choanes par une sorte de diaphragme osseux qui s'opposait au passage de l'air à travers les fosses nasales.

En 1888 Knight <sup>(3)</sup> consacre un article à l'occlusion congénitale des fosses nasales, où il montre que cette affection si rare peut cependant être d'un diagnostic assez facile, et il insiste sur le soulagement qu'on peut apporter au malade par un traitement chirurgical. En 1889 Onodi <sup>(4)</sup> a publié un cas d'obstruction congénitale, mais l'occlusion au lieu de siéger à l'orifice postérieur des fosses nasales, était due à une synéchie osseuse réunissant la cloison et le cornet inférieur.

(1) MOURE. — In *Traité pratique des maladies du nez et de la cavité pharyngienne*, par Morell Mackenzie.

(2) SCHRÖTTER. — Sur l'occlusion osseuse congénitale des choanes. *Monatschrift für Ohrenh.* Avril 1898.

(3) KNIGHT. — Occlusion congénitale des fosses nasales postérieures. *Association laryngologique américaine*, Washington. Sept. 1888.

(4) ONODI. — Obstruction congénitale d'une fosse nasale. *Wien. med. Presse.* 1889.

A. J. B. Rolland<sup>(1)</sup> de Montréal a observé une femme de 28 ans atteinte de rhinite bilatérale avec atrophie des cornets du côté gauche, ainsi que d'une otite scléreuse double, chez laquelle il découvrit en l'examinant une occlusion complète de nature osseuse au niveau de l'orifice postérieur de la fosse nasale du côté gauche. Dans ces dernières années, l'occlusion osseuse des choanes été particulièrement étudiée par Fränkel<sup>(2)</sup> de Berlin qui a pu parmi ses malades en découvrir plusieurs cas analogues.

Schwendt<sup>(3)</sup> a aussi étudié ces malformations, et il a fait la remarque que la plupart des sujets qui en étaient atteints ne présentaient aucune autre tare organique, et que, sauf quelques rares exceptions, ils étaient en général parfaitement constitués.

Enfin plus récemment encore Wodon<sup>(4)</sup>, Hovorka<sup>(5)</sup>, et Lange<sup>(6)</sup> ont aussi publié des observations intéressantes, relatives à l'oblitération osseuse des arrière-fosses nasales.

## II

De notre côté, nous avons eu l'occasion d'observer à la consultation de laryngologie de Lariboisière un cas remarquable d'occlusion congénitale osseuse de choane gauche. C'est l'histoire de la malade qui présentait cette malformation, que nous allons relater ici :

La nommée J. M..., âgée de 15 ans, se présente au mois de février 1892 à la clinique laryngologique du service du docteur Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière, se plaignant d'une grande

(1) ROLLAND. — Obstruction osseuse congénitale de l'arrière-fosse nasale gauche. *Gaz. med. Montréal*. Avril 1889.

(2) FRÄNKEL. — Obstruction congénitale des deux choanes. *Berlin klin. Woch.* 1889.

(3) SCHWENDT. — Oblitération congénitale des choanes. *Correspondenz Blatt für schw. Aerzte*. Avril 1890.

(4) WODON. — Occlusion complète de l'ouverture naso-pharyngienne. *Presse médicale belge*, 1892.

(5) HOVORKA. — Occlusion osseuse d'une fosse nasale. *Wiener klin. Woch.* 1892.

(6) LANGE. — Oblitération congénitale de la narine droite chez un garçon de 19 ans. *Deutsche med. Woch.* 1893.

difficulté à respirer par le nez et de troubles de l'ouïe du côté gauche ; c'est même pour ce dernier motif qu'elle vient à la consultation, où notre ami le Dr Gellé, qui l'examina, s'aperçut de la cause du trouble auditif. Cette jeune fille présente à première vue l'expression caractéristique de la physionomie décrite sous le nom de type adénoïdien. La figure est allongée, maigre, le nez et la mâchoire inférieure proéminents, les yeux saillants, la bouche continuellement entr'ouverte. De plus elle est véritablement chétive, tout en ne présentant aucune difformité apparente ; elle paraît du reste très intelligente, car étant l'aînée d'une nombreuse famille, elle s'occupe malgré son jeune âge des soins à donner à ses frères et sœurs plus jeunes.

Elle n'a pas eu de maladies antérieures, sauf la rougeole dans son enfance. Elle ne présente aucune tare héréditaire : sa mère est morte d'une affection de poitrine, mais son père et toute sa famille sont en très bonne santé.

En examinant la malade, le premier diagnostic qui devait s'imposer était celui de végétations adénoïdes ; car, en pratiquant le toucher digital dans l'arrière-cavité des fosses nasales, on sentait en effet un amas de végétations adénoïdes appendues à la paroi postérieure du pharynx ; du côté droit le toucher donnait cette même sensation de tissu mou, tandis que du côté gauche, au contraire, on percevait plutôt la sensation d'une surface dure, lisse, faisant saillie dans la cavité naso-pharyngienne, et obstruant complètement la choane correspondante. Procédant alors à un examen plus attentif de la fosse nasale de la petite malade, il fut facile de reconnaître qu'en dehors des végétations adénoïdes dont elle était atteinte, il existait une oblitération congénitale osseuse de l'arrière-fosse nasale du côté gauche.

Depuis son enfance, la malade a une surdité très prononcée de l'oreille gauche, tandis qu'à droite l'ouïe est seulement un peu diminuée ; elle se plaint de maux de tête fréquents, persistant pendant plusieurs jours, et l'empêchant même de se livrer à tout travail intellectuel.

Du côté gauche l'odorat est complètement aboli, et les vapeurs irritantes comme celles de l'ammoniaque, la narine droite étant bouchée, ne sont même pas perçues.

Du même côté il y a une diminution du goût et les saveurs salées ou sucrées donnent à peu près la même sensation.

La respiration par le nez est complètement impossible, aussi la bouche est-elle toujours largement ouverte. Pendant la nuit



le sommeil est agité et s'accompagne d'un ronflement bruyant. La parole est gênée et la voix a toujours un timbre nasonné.

La malade ne peut se moucher du côté gauche, et la narine de ce côté est toujours sèche, tandis que la droite est souvent le siège d'un écoulement muqueux abondant.

Par la rhinoscopie postérieure, on constate la présence des végétations adénoïdes, puis à gauche on aperçoit en avant de l'orifice de la trompe d'Eustache, une saillie osseuse, dure, recouverte d'une muqueuse lisse, proéminant en avant, et venant obturer complètement l'orifice postérieur de la fosse nasale ; bien que la présence des végétations adénoïdes rende plus difficile l'examen des parois du pharynx nasal, on peut cependant constater qu'à droite l'orifice de la choane est perméable, car on y perçoit l'orifice et l'extrémité postérieure des cornets.

L'examen de la bouche n'offre rien d'anormal. La voûte palatine a sa configuration habituelle, le voile du palais n'est pas non plus déformé ; la muqueuse du pharynx est hyperémiee, et présente les altérations de la pharyngite chronique.

La rhinoscopie antérieure ne montre rien de particulier ; à gauche les deux cornets moyen et inférieur ont conservé leur volume normal, contrairement à ce qui a lieu habituellement en pareil cas ; la cloison est seulement légèrement déviée ; mais, malgré un bon éclairage on ne peut arriver à porter la lumière dans la profondeur de la fosse nasale qui reste obscurcie par l'oblitération. L'introduction d'une sonde dans la narine gauche ne permet de pénétrer qu'à une certaine profondeur, et le bec de l'instrument vient s'arrêter contre une surface dure qu'il ne peut dépasser.

Du côté droit la rhinoscopie antérieure montre seulement une hypertrophie assez marquée du cornet inférieur ; la muqueuse à droite est rouge, lubrifiée par un écoulement muqueux, tandis qu'à gauche elle est sèche, recouverte de croûtes.

L'examen de l'oreille du côté de l'obstruction osseuse montre que la surdité est assez prononcée, mais il n'y a pas d'écoulement d'oreille. Le tympan est normal, un peu grisâtre ; le manche du marteau est seulement un peu saillant.

Avant de tenter le traitement de l'obstruction osseuse, on commence par enlever les végétations adénoïdes ; à la suite de cette première opération faite au mois de février 1892, la petite malade trouve un peu d'amélioration dans son état ; la respiration par la narine droite se fait plus facilement, et la bouche peut se fermer. La voix est moins nasonnée et le ronflement nocturne

a diminué. Du côté de l'ouïe les troubles ont un peu diminué.

La douche d'air à l'aide de la poire de Politzer, le cathétérisme de la trompe à l'aide de la sonde d'Itard introduite par l'autre narine, montrent que l'air passe assez bien dans l'oreille du côté gauche.

L'extirpation des végétations adénoïdes permet de pratiquer plus facilement la rhinoscopie postérieure ; il est facile de voir la saillie osseuse de gauche, s'étendant du bord externe de la choane et venant rejoindre la cloison ; en arrière l'orifice tubaire est très visible, mais on constate un peu de catarrhe de la trompe. A droite l'orifice postérieur de la fosse nasale est maintenant très visible, ainsi que les cornets.

Après une longue absence la petite malade revient au mois de juin à la consultation de l'hôpital, où on lui propose une seconde opération ayant pour but de perforer l'oblitération osseuse de la choane.

Après plusieurs lavages antiseptiques du nez et de la gorge dans les jours qui précèdent l'opération, le D<sup>r</sup> G. pratique à différentes reprises après anesthésie locale des cautérisations avec le galvanocautère pour arriver à perforer la saillie osseuse ; mais en raison de la grande épaisseur de l'os, il est impossible par ce moyen d'arriver à un résultat satisfaisant. A l'aide d'une vrille, supportée par une tige suffisamment longue, après anesthésie complète de la muqueuse par la cocaïne, on parvient à faire dans la lame osseuse une perforation, pour éviter toute contusion du pharynx, le doigt indicateur droit est introduit dans le pharynx et reconnaît la perforation, qui est faite *en dehors*, près de la trompe d'Eustache. Après cette perforation, on introduit un cautère galvanique et on procède à la cautérisation, après avoir pris les mêmes précautions pour ne pas léser le pharynx. Après l'opération, introduction dans les fosses nasales d'une mèche de gaze iodoformée que l'on pousse jusque dans le pharynx.

Après un certain nombre de séances pratiquées de la même façon et avec les mêmes précautions, on put constater que l'air passait de l'arrière-nez dans les fosses nasales, on put faire passer d'une fosse nasale à l'autre des irrigations mais péniblement ; d'une séance à l'autre nous craignons toujours de voir se fermer l'orifice que nous avions pratiqué, malgré les précautions prises contre cette éventualité : aussi le D<sup>r</sup> G. se décida-t-il à faire une perforation en dedans près de la cloison, et après cela de réunir les deux orifices artificiels au moyen de la galvanocaustique ; la place de cette deuxième perforation put

être déterminée à l'aide du toucher rhino-pharyngien ; au bout de quelques séances le but fut atteint ; l'ouïe s'améliora sensiblement, la respiration devint normale, le liquide des irrigations nasales passa très facilement ; au moyen de la sonde il était facile de voir que l'orifice postérieur des fosses nasales était libre dans tous les sens, enfin le toucher permettait de constater que l'orifice postérieur des fosses nasales était très ouvert, bien que moins large que du côté droit.

Bref, ces séances opératoires avaient été assez nombreuses, *trente fois au moins* : au commencement de ces séances le Dr G. hospitalisa la malade pour l'empêcher de se refroidir et de contracter des accidents qui auraient pu se produire sous l'influence de l'air extérieur, à la sortie de ces séances laborieuses.

Nous avons revu cette jeune fille au début de l'année 1893 et avons pu constater que non seulement la respiration se faisait très bien, mais que l'ouïe s'était très améliorée, que le sens du goût était redevenu normal, et enfin que l'état général s'était visiblement amélioré ; cette fillette très chétive, mal réglée, s'était développée, avait grandi et les époques menstruelles s'étaient établies avec une abondance et une régularité très satisfaisantes.

Nous l'avons perdue de vue depuis plusieurs mois.

### III

Le peu d'observations que l'on a pu recueillir sur l'oblitération osseuse congénitale des choanes montre combien elle est rare. Les conditions qui sont capables de la produire chez le fœtus ne sauraient être facilement expliquées sans sortir du champ de l'hypothèse. Le point même de la circonférence osseuse où ces saillies oblitérantes peuvent se développer n'est pas exactement déterminé, et à ce sujet les avis des auteurs sont différents : ainsi Kundrat et Schrötter disent que ces masses osseuses doivent naître aux dépens de la branche verticale de l'os palatin, et en se développant elles viennent faire saillie en dedans et remplir l'espace compris entre le corps du sphénoïde et les apophyses ptérygoïdes. D'après Luschka, au contraire, c'est la branche horizontale de l'os palatin qui se dé-

veloppe en arrière pour venir s'unir à la face inférieure du sphénoïde. Quoi qu'il en soit, ces productions osseuses n'ont rien de pathologique, et elles sont constituées par du tissu osseux normal.

#### IV

L'obstruction osseuse des choanes varie suivant que le diaphragme a plus ou moins de volume. Elle peut être uni ou bilatérale; la première plus communément observée que la seconde, d'après l'ensemble des observations que nous connaissons. La forme de ces saillies osseuses est très différente suivant les cas; elles sont le plus souvent arrondies, lisses. Quelquefois l'oblitération est constituée par une lame osseuse de peu d'épaisseur formant incomplètement l'orifice, s'étendant comme un voile de haut en bas derrière les choanes. Dans l'observation de Schrötter, cette lame au lieu d'être une surface lisse, présentait de chaque côté des choanes une sorte de petite fossette plus marquée du côté droit, et à la partie supérieure, on pouvait dans cette fossette faire pénétrer la tête d'une épingle, mais sans qu'il y eût perforation complète.

Il peut arriver aussi que l'occlusion ne soit pas limitée à l'orifice postérieur et puisse s'étendre à l'intérieur des fosses nasales déterminant une véritable synéchie entre la cloison et les cornets.

La consistance des lames osseuses est ordinairement dure, elles sont formées par du tissu osseux véritable, et ce n'est que chez l'enfant très jeune qu'elles peuvent être membraneuses. D'après l'opinion de Schwendt, l'occlusion est toujours d'origine osseuse, et ce n'est que chez les enfants ayant vécu seulement quelques heures qu'elle peut être membraneuse.

L'oblitération des orifices postérieurs des fosses nasales ne s'accompagne généralement pas d'autres malformations des parties voisines. On a pu quelquefois signaler un raccourcissement et une concavité plus marquée qu'à l'état normal de la voûte palatine, une atrophie des cornets et les déviations de la

cloison. Les orifices tubaires sont normaux, mais on constate dans certains cas des lésions de l'oreille se traduisant par de l'otite scléreuse ou purulente.

## V

L'occlusion congénitale des choanes se traduit en général, si elle est assez prononcée, par un ensemble de signes qu'il est facile de retrouver dans la plupart des cas, et qui se rapprochent de ceux des végétations adénoïdes ; ces signes très accusés, quand l'occlusion est complète, le sont moins quand l'occlusion est unilatérale, mais ils diffèrent d'intensité suivant qu'on les observe chez l'adulte ou chez l'enfant nouveau-né. Comme l'a fait remarquer Schrötter, l'expression de la physionomie est intéressante à noter. « La bouche est constamment ouverte, la lèvre inférieure pendante ; les plis naso-labiaux sont effacés et les ailes du nez immobiles ». Le facies est en effet en tout point semblable à celui des enfants porteurs de végétations adénoïdes ; la bouche ouverte, les yeux saillants, l'allongement de la face donnent à l'enfant l'air d'hébétude caractéristique de cette dernière affection.

Chez l'adulte la respiration par le nez est impossible du côté où siège l'obstruction, et quand les deux choanes sont ainsi fermées, l'acte respiratoire ne peut plus s'accomplir, que si la bouche est largement ouverte ; dans ces cas les efforts et la fatigue de la marche peuvent déterminer des accès de suffocation. La respiration bruyante dans le jour est remplacé la nuit par un ronflement sonore, et la nécessité de tenir constamment la bouche ouverte pendant le sommeil détermine la sécrétion de mucosités épaisses parfois sanguinolentes qui peuvent tacher l'oreiller.

La voix n'a pas son timbre normal, elle est nasonnée comme dans le cas de végétations adénoïdes.

Une céphalalgie pénible et continue fatigue le malade et s'il est jeune, il est inapte à tout travail intellectuel, ce que nous avons observé chez notre malade.

Certains sens peuvent aussi subir des modifications sérieuses, celui de l'*ouïe* surtout ; les malades peuvent accuser une surdité assez prononcée soit par le fait de végétations adénoïdes concomitantes, soit par un catarrhe de la trompe, soit même par une fermeture des trompes par du tissu osseux. Pourtant l'amélioration brusque qui se prononce à la suite de la disparition opératoire de l'occlusion semblerait faire croire que cet effet est dû au retour brusque du courant d'air qui passe des fosses nasales à l'arrière-gorge. Cette supposition est légitimée par l'observation faite par l'un d'entre nous de la disparition de la surdité dans les cas d'adhérence du voile palatin à la face postérieure du pharynx quand, par un moyen artificiel, on a pu rétablir la communication entre les fosses nasales et le pharynx inférieur.

Quoi qu'il en soit, l'otite moyenne catarrhale ou scléreuse accompagne fréquemment ces occlusions.

Le *goût* peut être aussi notablement altéré, atténué ou perverti comme chez le malade de Fränkel, sur la langue duquel une goutte de vinaigre donnait la sensation de sel marin. Chez notre malade le goût était manifestement altéré. L'*odorat* est complètement aboli, si l'occlusion osseuse est complète et des vapeurs irritantes, comme celle de l'ammoniaque, ne sont plus perçues. C'est à cette perte de l'odorat qu'il faut attribuer les perversions du sens du goût.

La muqueuse des fosses nasales peut être desséchée, amincie du côté obstrué, ainsi que les cornets qui ont subi une atrophie très marquée, au point que l'élargissement de la cavité nasale est assez grand pour laisser voir par la rhinoscopie antérieure la membrane obturatrice. Cependant dans le cas que nous avons pu observer, cet état de sécheresse de la muqueuse existait bien, mais les cornets avaient conservé leur volume normal, et malgré un examen attentif, il était impossible, à l'aide du spéculum seul, de se rendre compte de l'existence d'une oblitération. Du côté où la choane est libre, la muqueuse est plutôt irritée, et présente tous les symptômes du coryza chronique avec gonflement et écoulement abondant de mucosités.

L'occlusion congénitale des choanes est facilement perceptible par le simple toucher de l'arrière-gorge qui permet de se

rendre compte du degré d'obstruction et de la forme de la saillie osseuse ; au lieu de sentir librement l'orifice postérieur, le doigt se trouve en présence d'une lame dure et lisse. La rhinoscopie postérieure est aussi un bon moyen pour constater les malformations osseuses, mais elle n'est pas toujours praticable surtout chez les très jeunes sujets. Schrötter, pour se rendre un compte exact de l'épaisseur et de la structure du diaphragme osseux, s'est servi de deux procédés d'éclairage ; projetant la lumière solaire dans les narines, il pratiquait la rhinoscopie postérieure, puis mettant une petite lampe électrique derrière le voile du palais, il examinait le nez en avant ; mais ces procédés ne lui ont pas permis de reconnaître la nature osseuse de l'oblitération.

Nous avons déjà dit que les symptômes fonctionnels diffèrent d'expression et d'intensité chez le nouveau-né et chez des malades jeunes ou adultes ; chez le nouveau-né ils sont beaucoup plus marqués et plus sérieux, et ils vont en diminuant de gravité à mesure que la croissance s'opère. Chez le nouveau-né la respiration peut être gênée au point d'amener de véritables accès d'étouffement, semblables à ceux de la laryngite striduleuse ou du coryza aigu infantile. Ces troubles respiratoires s'expliquent bien dans ces cas par la difficulté que présentent les jeunes enfants pour respirer par la bouche. Chez eux en effet, comme l'a fait remarquer Küssmaul<sup>(1)</sup> l'air qui va aux poumons ne passe presque pas par la bouche, car la langue est toujours en contact avec le palais et pendant le sommeil, la bouche est en général fermée. Aussi chez le nouveau-né voit-on toujours l'occlusion des arrières-fosses nasales déterminer au milieu de la nuit des accès de suffocation qui, en raison de leur soudaineté, inspirent toujours des inquiétudes. Cette malformation peut donner lieu encore chez le tout jeune enfant, à un autre inconvénient qui n'est pas sans danger : l'alimentation chez lui se fait mal et l'inanition peut se montrer, car l'obstruction des fosses nasales empêchant l'enfant de respirer par le nez, il lui est impossible de prendre le sein, sans risquer de suffoquer.

(1) KÜSSMAUL. — *Zeitschrift für rationnelle Medicin.* 1885.

## VI

Le diagnostic de l'occlusion osseuse congénitale des choanes n'offre en général pas de difficulté chez l'adulte, mais, au contraire chez le nouveau-né ce n'est pas sans peine qu'on peut arriver à reconnaître l'existence de cette malformation. La difficulté ou l'impossibilité même de respirer par le nez, le caractère particulier de la physionomie, le nasonnement de la voix, les troubles de l'ouïe et du goût, l'ancienneté de tous ces accidents sont autant de signes qui doivent attirer l'attention du côté des fosses nasales postérieures et mettre sur la voie du diagnostic. Par le toucher à l'aide du doigt indicateur, on pourra se rendre un compte exact de l'occlusion de la choane et de son degré d'oblitération. La rhinoscopie postérieure ne fera que confirmer l'opinion qu'on se sera déjà faite sur la nature de l'affection. Par l'examen antérieur des fosses nasales il sera facile de constater au moyen du stylet qu'il existe dans la profondeur une sorte de cul-de-sac infranchissable, car cet instrument vient s'arrêter sur un corps dur qu'elle ne peut refouler.

Chez le nouveau-né le diagnostic de ces anomalies osseuses est plus embarrassant, en raison de l'impossibilité matérielle de pratiquer l'examen du nez ; cependant avec le petit doigt enfoncé dans la bouche on pourra reconnaître l'occlusion si elle existe.

Il est certaines affections qu'on pourrait confondre avec l'oblitération des arrière-fosses nasales en raison de la ressemblance de leurs signes objectifs. Les végétations adénoïdes par exemple offrant à peu près les mêmes symptômes peuvent être confondues avec ces malformations, mais l'examen de l'arrière-cavité et la possibilité de faire passer une sonde par le nez jusque dans le pharynx permettront toujours d'éviter l'erreur.

Zuckerkandl <sup>(1)</sup> a décrit des cas où il existait à l'intérieur des fosses nasales, entre la cloison et les cornets, des expan-

(1) ZUCKERKANDL. — Anatomie der Nasenhöhle. Wien. 1882.



sions membraneuses ou osseuses, parfois congénitales formant de véritables synéchies. Le simple examen du rhino-pharynx permettra dans des cas semblables de constater que l'obstacle ne siège pas à l'orifice postérieur des fosses nasales, et la rhinoscopie antérieure permettra le plus souvent de reconnaître ces altérations.

A. Rolland <sup>(1)</sup> a cité un cas où la dilatation des sinus sphénoïdaux par une accumulation et une rétention de liquide avait déterminé chez un adulte une véritable obstruction des arrière-fosses nasales ; par le toucher et la rhinoscopie postérieure on constatait une tumeur osseuse, très dure, convexe, fermant toute communication entre le pharynx et le nez. La perforation donna issue à une grande quantité de liquide et fit cesser immédiatement les accidents. Dans un cas semblable le diagnostic différentiel avec l'affection qui nous occupe pourrait se faire d'après les commémoratifs et à la suite d'une simple ponction exploratrice, mais ces cas sont d'une rareté extrême.

La scrofule et la syphilis héréditaire <sup>(2)</sup> peuvent déterminer l'oblitération de l'orifice postérieur des fosses nasales par la formation de brides cicatricielles, et empêcher ainsi le passage de l'air par les narines. Mais l'examen du pharynx seul suffira le plus souvent pour faire reconnaître la nature de la maladie. Enfin citons pour mémoire les rhinolithes, les enchondromes, les ostéomes, les polypes naso-pharyngiens qu'il n'est pas possible de confondre avec les occlusions osseuses des choanes, car les signes objectifs sont faciles à reconnaître.

Chez les enfants nouveaux-nés, le coryza aigu infantile, la laryngite striduleuse, même les abcès rétro-pharyngiens ont dans leurs symptômes quelque analogie avec ceux de l'occlusion des choanes, mais un examen un peu attentif ne permettra par une telle erreur. Enfin Hensch <sup>(3)</sup> a observé chez de jeu-

(1) ROLLAND. — Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention du liquide. Obstruction des arrière-fosses nasales. *Gazette médicale de Montréal*. Août 1880.

(2) CADIER. — Pharyngite scrofuleuse. Cloisonnement et oblitération absolue de l'orifice naso-pharyngien par des brides cicatricielles. *Annales des maladies de l'oreille*. 1885.

(3) HENSCH. — Saillie osseuse sur la paroi pharyngienne chez les enfants. *Berlin-klin. Woch.* 1890.

nes enfants, au niveau de la paroi postérieure du pharynx, faisant corps avec l'axis, une saillie dure, arrondie, semblable à celles qui produisent l'oblitération du rhino-pharynx.

## VII

Le pronostic de ces malformations congénitales n'a de réelle gravité que chez les nouveau-nés. La gêne de la respiration, la difficultés pour avaler sont autant d'accidents sérieux pouvant porter le plus grand préjudice au parfait développement de l'enfant. Chez l'adulte, ces anomalies peuvent être compatibles avec une bonne santé générale, mais le plus souvent les troubles qu'elles engendrent du côté de la respiration, de l'ouïe et du goût méritent d'être pris en considération.

## VIII

Le traitement de l'occlusion congénitale osseuse des choanes ne peut être que chirurgical. Les procédés opératoires et les instruments à employer doivent nécessairement être différents suivant l'épaisseur de la lame oblitérante et la difficulté qu'on pourra avoir à la perforer. Lorsqu'il ne s'agit simplement que d'une cloison membraneuse ou d'un diaphragme osseux d'une faible épaisseur, le galvano-cautère suffira souvent à ouvrir une voie vers le pharynx. Après une complète cocaïnisation, le galvano-cautère est enfoncé directement dans la profondeur, et, en plusieurs séances, on peut arriver à rétablir une libre communication. Si au contraire l'os offre une plus grande épaisseur, le galvano-cautère devient tout à fait insuffisant. Il faut alors avoir recours à une instrumentation plus solide : à l'aide de l'instrument, que nous avons décrit, introduit par les fosses nasales antérieures, on arrive en déployant un effort modéré et en surveillant l'opération au moyen du doigt introduit dans l'arrière-nez, à pratiquer une petite ouverture que l'on pourra

agrandir dans les séances ultérieures. On peut aussi se servir, pour arriver à ce but, de la gouge et du maillet, comme le fit Rolland, en complétant ensuite l'opération au moyen d'une fraise de dentiste actionnée par le tour de White. Pour s'opposer à la formation de nouvelles occlusions fibreuses produites par la cicatrice, il est nécessaire de laisser à demeure pendant un certain temps une bougie dilatatrice dans l'ouverture artificiellement créée, ou plus simplement encore une fine mèche de gaze iodoformée.

Chez les nouveaux-nés, il est essentiel de traiter chirurgicalement l'occlusion congénitale des choanes sans perdre un temps précieux, en raison des accidents rapides qu'elle peut déterminer, et Morell Mackenzie insiste avec raison sur l'urgence du traitement qu'il faut instituer aussitôt l'oblitération reconnue. Comme la membrane obturatrice chez le nouveau-né est encore cartilagineuse avec une forte sonde ou à l'aide du galvano-cautère on pourra sans trop de difficulté rétablir le passage de l'air du nez au pharynx.

---

### III

## LE TRAITEMENT DES SINUSITES A VIENNE (1)

Par le Dr **MARCEL LERMOYEZ**

Médecin des Hôpitaux.

### I. — *Empyème du sinus maxillaire*

Le traitement de l'empyème du sinus maxillaire s'enrichit chaque jour de procédés nouveaux. Peu de chapitres de rhinologie sont maintenant aussi encombrés ; contre cette affection, le plus souvent désespérément tenace, les tentatives thérapeutiques se multiplient, et se multiplieront encore jusqu'au moment où nous posséderons enfin une médication vraiment curative. En attendant que vienne cette simplification, nous aurons à choisir parmi les procédés de traitement les plus divers. Pourtant, cette confusion est plus apparente que réelle ; toutes les méthodes dirigées contre l'empyème maxillaire cherchent à répondre aux deux indications capitales des traitements de toute collection purulente : 1° évacuer le pus contenu dans le sinus ; 2° modifier la muqueuse du sinus pour tarir cette suppuration. Voyons donc quelle est, sur ces deux points, la pratique des maîtres autrichiens.

(1) Ce chapitre est extrait d'un travail documentaire, actuellement sous presse, intitulé : Rhinologie, otologie laryngologie. Enseignement et pratique de la Faculté de médecine de Vienne, par le Dr MARCEL LERMOYEZ.

La première indication, la plus importante certainement, est de débarrasser l'antre du pus qu'il renferme et d'éviter que dorénavant celui-ci n'y stagne. Plusieurs rhinologistes ont voulu profiter, dans ce but, de l'orifice naturel du sinus ; de ce nombre est Störk. Celui-ci suit d'autant plus volontiers cette voie, qu'il pense que les sinusites maxillaires sont presque toujours consécutives à des affections du nez. Il commence naturellement par enlever les polypes que le pus, en s'écoulant, a souvent fait naître sur les bords de l'hiatus, puis il cherche à dilater le méat moyen en y enfonçant des tampons d'ouate, de manière à essayer de voir l'entrée du sinus ; y parvient-il, il introduit dans l'ostium maxillaire une seringue à longue canule courbée du bout, et par un lavage débarrasse la cavité de son contenu. Mais lorsqu'il ne réussit pas ce cathétérisme, ce qui est de beaucoup le cas le plus habituel, il se contente d'introduire dans la fosse nasale un tube de caoutchouc dur, rectiligne, présentant près de son extrémité un œillet latéral ; il tâche de placer ce trou en regard de l'orifice du sinus ; puis, adaptant au tube une seringue pleine de liquide, il croit pouvoir injecter celui-ci dans le sinus, est en est assuré si le malade a la sensation de l'eau qui entre dans sa joue. J'ai vu plusieurs fois les élèves de Störk mettre consciencieusement en pratique ce traitement ; et je suis persuadé qu'en croyant irriguer l'antre, ils arrivaient tout au plus à laver le méat moyen.

En effet, Zuckerkandl nous enseigne qu'il est presque toujours impossible de voir par la rhinoscopie antérieure l'ostium maxillaire, profondément caché derrière la lèvre inférieure de l'hiatus ; et que, même dans les cas où l'on parvient à placer une sonde à son ouverture, il est extrêmement difficile de la pousser plus avant dans la cavité du sinus, attendu que cet ostium forme un canal se dirigeant de haut en bas et d'arrière en avant, direction exactement opposée à celle d'un instrument qui pénètre dans le méat moyen.

Chiari, Hajek sont du même avis. Pour Chiari, le lavage du sinus maxillaire par son orifice naturel, à l'aide de la canule d'Hartmann ou de tout autre instrument analogue, est très difficile à exécuter à cause de l'étroitesse du méat moyen, et

tout à fait inefficace, car la canule qu'on arrive à faire pénétrer dans l'ostium maxillaire est si mince qu'elle ne peut débiter qu'une quantité de liquide tout à fait insuffisante pour laver convenablement le sinus. Hajek, de son côté, considère le cathétérisme du sinus maxillaire comme infiniment plus difficile que celui du sinus frontal : tantôt l'hiatus semi-lunaire présente une profondeur de plus d'un centimètre ; d'autres fois, s'il y a hypertrophie de la bulle ethmoïdale, ou saillie de l'apophyse unciforme, ses lèvres arrivent à se toucher et il n'est pas rare qu'elles se soudent. Du reste, quand parfois on arrive à faire entrer une canule dans le sinus, on ne réussit pas pour cela à laver convenablement celui-ci, car l'ostium maxillaire est généralement si étroit (et les orifices accessoires, quand ils existent, le sont encore davantage) qu'entre ses parois et la canule il ne reste pas assez de place pour l'issue d'un pus grumeleux. Plusieurs fois, Hajek a pu extraire de grosses masses de pus concret par un large orifice alvéolaire, alors que le lavage par l'orifice naturel n'avait ramené que du liquide légèrement trouble.

Il faut donc, de l'avis de nos maîtres, pour assurer une évacuation complète du sinus maxillaire, créer un large orifice artificiel. Celui-ci peut être fait en quatre points : 1° méat moyen ; 2° méat inférieur ; 3° rebord alvéolaire ; 4° fosse canine.

1°. — La perforation par le méat moyen est mauvaise et dangereuse, nous dit Hajek ; elle est mauvaise, car elle est en contradiction avec ce principe élémentaire de chirurgie, qui veut que toute collection purulente soit abordée par son point le plus déclive ; elle est dangereuse, parce qu'il peut se faire que, par suite de certaine malformation anatomique qui n'est pas rare, le trocart pénètre non pas dans le sinus mais dans l'orbite. Cela peut arriver quand on a à faire à de petits sinus, dont la portion supérieure est fort rétrécie, de telle sorte que la paroi externe du méat moyen répond, non plus à cette cavité, mais à l'orbite. Hajek nous dit qu'il est possible, avec beaucoup d'attention, de soupçonner cette malformation, quand, explorant avec le stylet la paroi externe du méat moyen, on reconnaît que celle-ci est non pas plane, mais fortement concave ; mais combien délicate à faire est cette constatation,

surtout si, comme c'est le cas ordinaire, la sonde s'embarrasse au milieu de polypes ou de languettes de muqueuse hypertrophiée !

2°. — La perforation par le méat inférieur n'expose pas à d'aussi grands dangers ; elle a de plus l'avantage d'ouvrir le sinus en un point déclive. Cependant Chiari n'est point partisan de cette opération que Zuckerkandl proposa aux rhinologistes à la suite de ses recherches anatomiques ; il réserve le méat inférieur pour la seule ponction d'épreuve ; car les lavages et pansements, pratiqués par cette voie, sont très douloureux, et, de plus, le malade ne peut pas les exécuter lui-même chaque jour, ce qui est une condition très défavorable à la guérison des sinusites.

Hajek, élève de Zuckerkandl, montre que l'ouverture du sinus par cette voie doit être faite à la partie postérieure et supérieure du méat inférieur. Il faut ponctionner le plus en arrière possible : parce que la paroi osseuse du sinus va en s'aminçissant d'avant en arrière, et parce qu'en ponctionnant trop en avant, on risquerait d'enfoncer le trocart non pas dans le sinus, mais dans la fosse canine. Il faut de plus diriger la pointe du trocart en dehors et en haut, et ponctionner immédiatement au-dessous de la ligne d'insertion du cornet inférieur ; si on fait la perforation trop bas, on risque, si le sinus est étroit, de pénétrer dans l'arcade alvéolaire. Il peut se faire pourtant que, même en suivant exactement ces règles, on fasse pénétrer son trocart dans la fosse canine ; la raison anatomique est analogue à celle qui tout à l'heure devait faire craindre la perforation orbitaire ; il s'agit de sinus fort petits, surtout étroits dans leur partie inférieure ; paroi interne et paroi externe de l'antre s'accolent à ce niveau. Il serait possible de soupçonner également cette malformation, en constatant avec la sonde une concavité exagérée de la paroi externe du méat inférieur. Comme Chiari, Hajek rejette l'opération de Mikulicz ; il lui fait le reproche d'être toujours très douloureuse, de produire à chaque pansement un traumatisme du sinus, enfin surtout de ne pas permettre au malade de se traiter lui-même.

Pour toutes ces raisons, la plupart des rhinologistes autrichiens abandonnent la voie nasale moyenne ou inférieure, et

abordent le sinus par la bouche : leur pratique peut se résumer ainsi : dans les cas ordinaires, perforation d'une alvéole ; dans les cas rebelles, ouverture par la fosse canine.

3°. — La perforation alvéolaire est une opération simple, peu douloureuse et permettant au malade de se panser dans la suite, sans être forcé d'avoir recours chaque jour au médecin.

Cette opération est généralement facile ; Zuckerkandl nous apprend que ce sont presque toujours les sinus plongeant très bas dans le bord alvéolaire qui sont atteints d'empyème, à cause de leurs rapports plus intimes avec les racines dentaires ; souvent même il n'est pas rare qu'au moment où on arrache la dent malade, le pus s'écoule par la brèche qu'a creusée dans la paroi inférieure du sinus la périostite alvéolaire. Mais quand il s'agit de sinusites d'origine nasale — ce sont les plus fréquentes d'après Hajek — la perforation alvéolaire peut devenir laborieuse, car il n'est pas rare, dans ce cas, d'être obligé de traverser de deux à trois centimètres de substance osseuse pour arriver dans le sinus.

Il serait utile de savoir approximativement, avant de commencer l'opération, quelle va être l'épaisseur de la paroi osseuse qu'on rencontrera ; cela est possible à prévoir : d'une part, en se fondant sur la hauteur de la voûte palatine, d'autre part, en tenant compte des douleurs qu'éprouve le malade. Zuckerkandl a montré qu'un sinus maxillaire normal se termine inférieurement sur le plan horizontal passant par le plancher des fosses nasales. De là on peut conclure que plus la voûte palatine sera élevée, plus le plancher du sinus sera haut situé, et par conséquent plus le bord alvéolaire sera épais ; un palais très plat permettra de croire qu'une cloison très mince sépare le sinus du fond des alvéoles. Hajek tient aussi grand compte des symptômes subjectifs : les parois du sinus sont d'autant plus minces, dit-il, que l'empyème est plus douloureux. En effet, si la paroi du sinus est mince, les nerfs dentaires, placés entre le périoste et l'os, sont immédiatement en rapport avec la muqueuse du sinus, et participent à l'inflammation de celle-ci ; si, au contraire, la paroi du sinus est épaisse, les nerfs cheminent au milieu de la substance spongieuse et échappent aux processus morbides qui atteignent la muqueuse.



Il ne faut pas oublier que parfois, comme nous l'avons vu plus haut, le sinus maxillaire peut être très petit, et sa cavité presque effacée dans sa moitié inférieure ; cette malformation, qu'on peut pressentir en constatant la concavité exagérée de la paroi externe du méat inférieur, contre-indique la perforation alvéolaire ; car, dans ce cas, le trocart enfoncé par l'alvéole pénétrerait dans le méat inférieur. De pareils sinus ne sont abordables que par la fosse canine.

Les rhinologistes ne sont pas d'accord sur le choix de la dent qu'il faut extraire pour entrer le plus aisément possible dans le sinus. Chiari fait enlever de préférence la deuxième petite molaire, parce que ses racines, étant souvent soudées, laissent après l'extraction un trou unique et large par où il est fort commode de pénétrer. Hajek, considérant surtout les rapports plus ou moins immédiats qu'affectent les racines dentaires avec le plancher du sinus, laisse arracher plutôt la première grosse molaire. Il va sans dire que quand une des dents voisines du sinus malade est cariée, c'est toujours celle-là qu'il faut enlever ; en même temps qu'on se fraie ainsi une voie de pénétration, parfois toute faite, on supprime la cause du mal. Cependant, quand la carie atteint la deuxième grosse molaire, Chiari trouvant qu'à cette profondeur dans la bouche, la perforation et surtout les pansements consécutifs deviennent difficiles à exécuter, conseille d'arracher également la deuxième petite molaire, même si elle est saine.

L'anesthésie locale est nécessaire ; mais il ne suffit pas de badigeonner la muqueuse gingivale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne ; il faut faire une ou deux injections sous muqueuses, qui sont inoffensives, si elles sont faites à petites doses ; Chiari injecte seulement deux à trois gouttes d'une solution cocaïnique au cinquantième ; jamais il n'a ainsi déterminé d'accidents.

L'orifice, ainsi pratiqué par voie alvéolaire, doit être large, pour qu'on puisse aisément tamponner le sinus sans avoir besoin de l'agrandir. Les fraises, animées par le tour des dentistes, doivent être rejetées, car elles font des trous beaucoup trop petits. Le trocart dont se sert Chiari a quatre millimètres de diamètre ; celui qu'emploie Hajek, cinq millimètres. Ce dernier

est quadrangulaire ; il porte sur sa tige un curseur mobile, permettant d'augmenter ou de réduire la longueur de pointe, après qu'on s'est assuré, par les signes indiqués plus haut, que l'on se trouve en présence d'un bord alvéolaire épais ou mince.

Il arrive parfois que le sinus maxillaire présente un diaphragme fibreux horizontal qui le divise en deux loges ; la loge supérieure peut seule renfermer du pus si la sinusite est consécutive à une infection venue du nez. Dans ce cas, le trocart, enfoncé par l'alvéole, arrive dans la loge inférieure vide et fait une ponction blanche. Il faut alors, par l'orifice alvéolaire, introduire dans le sinus une sonde qui vient se heurter à une cloison mince, élastique, donnant à la main du médecin une sensation toute autre que la paroi osseuse et résistante qui forme le plancher de l'orbite ; avec cette sonde, on perce et on lacère le diaphragme membraneux, et le pus s'écoule.

Pour maintenir béant l'orifice alvéolaire, il est d'usage d'y placer une canule à demeure. Plusieurs auteurs se sont élevés contre cette pratique, l'accusant d'éterniser la suppuration. Hajek pense au contraire que cette canule est indispensable si l'on emploie, comme procédé de traitement habituel, les lavages du sinus pratiqués par le malade lui-même ; elle ne présente pas d'inconvénients si elle remplit exactement le trajet alvéolaire, si elle s'y maintient solidement, si elle est bien bouchée dans l'intervalle des lavages pour éviter que les aliments ne s'y engagent, si enfin sa longueur varie suivant l'épaisseur de la paroi alvéolaire, qu'il est aisé de mesurer, l'opération faite. En effet, une canule trop longue présente un inconvénient et aussi un danger ; si son orifice supérieur est situé très haut, une certaine quantité de pus stagnera au-dessous d'elle sur le plancher du sinus ; et, si elle pénètre plus haut encore, et que le sinus soit petit, elle peut en traumatiser la paroi orbitaire et y déterminer un point de nécrose.

Lorsque la suppuration est tarie, Chiari favorise la fermeture de l'orifice alvéolaire en le bouchant avec des obturateurs pleins de longueur et d'épaisseur de jour en jour décroissants. Il arrive parfois que, même après guérison de la sinusite, il persiste un peu de suppuration qui empêche l'occlusion de cet

orifice ; cette suppuration est souvent entretenue par un point de nécrose, située sur la paroi osseuse du canal, et déterminée par la pression prolongée de la canule ; en pareil cas, Chiari gratte avec une curette tranchante les fongosités qui remplissent en partie le conduit alvéolaire, et ramène souvent un petit séquestre ; la suppuration cesse presque aussitôt.

4°. — On peut encore pénétrer dans le sinus maxillaire par la fosse canine. Mais on ne doit choisir cette voie que le plus rarement possible ; on n'y est autorisé, d'après Chiari, que dans deux cas : ou bien si le malade refuse absolument de se laisser arracher une dent ; ou bien si la sinusite a résisté à tous les traitements mis en œuvre jusque-là, et qu'on veuille faire une large ouverture à travers laquelle on puisse curetter le sinus. Ce serait une grave faute de prétendre faire de ce procédé une méthode exclusive ; car cette opération est fort douloureuse et les pansements faits par cette voie sont excessivement pénibles pour le malade.

Il est inutile de chloroformer le patient pour l'opérer ; Chiari se contente de l'anesthésie locale produite par l'injection sous muqueuse de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquantième. Voici le procédé opératoire qu'il emploie : l'insensibilité étant obtenue, un aide relève fortement, à l'aide d'un écarteur, la lèvre supérieure et la commissure correspondante ; une incision horizontale, allant jusqu'à l'os, divise la muqueuse gingivale depuis le sommet de la racine de la première petite molaire jusqu'à celui de la deuxième grosse molaire ; le périoste est décollé, puis, avec un perforateur, analogue à celui qui sert pour la perforation alvéolaire, on pratique, en série linéaire, quatre à cinq trous, distants l'un de l'autre d'un demi centimètre ; à l'aide d'une pince coupante, on fait sauter les ponts osseux qui les séparent, et on élargit suffisamment cet orifice de manière à ce qu'il admette aisément l'extrémité du petit doigt ; cela fait, on curette les parois du sinus, très vivement, car une hémorrhagie abondante se déclare aussitôt ; on lave la cavité avec de l'eau phéniquée à un demi pour cent et on la tamponne avec la gaze iodoformée. Le pansement sera changé au bout de quarante-huit heures. Quelques précautions antiseptiques qu'on ait prises, il se dé-

claire, à la suite de cette intervention, une réaction intense : les jours suivants, la joue se tuméfie, et devient très douloureuse.

La seconde indication du traitement de l'empyème du sinus maxillaire est, une fois la cavité suppurante ouverte et vidée, d'y faire des pansements antiseptiques. La méthode des lavages est de beaucoup la plus généralement employée. Chaque spécialiste recommande un liquide différent ; Störk ordonne la solution alcaline salicylée, qui est d'un usage courant à sa clinique pour le traitement du coryza chronique ; Chiari se sert d'une solution phéniquée à un demi pour cent ; Hajek préfère l'eau boriquée saturée ; mais tous, on le voit, s'accordent à ne conseiller que des liquides peu irritants.

Malheureusement, le traitement par les lavages seuls ne donne que de médiocres résultats. Quand il s'agit d'un empyème aigu, âgé de vingt à trente jours, on peut espérer le guérir en moins d'un mois, par des lavages fréquents pratiqués à travers une perforation alvéolaire (Chiari). Mais s'il s'agit, comme c'est le cas le plus habituellement rencontré en clientèle, d'une sinusite dont le début remonte à un an et au-delà, il y a fort peu d'espoir à mettre dans l'emploi des irrigations antiseptiques. On peut, de cette façon, traiter sans succès des empyèmes pendant quatre ou cinq ans ; et pendant ce temps, le malade fournit parfois cent grammes de pus par jour. Le traitement sec de Krause, par des insufflations d'iodoforme ou d'iodol, ne donne guère de meilleurs résultats dans les cas invétérés.

En pareille circonstance, le procédé qui donne le plus de guérisons est le tamponnement du sinus maxillaire avec la gaze iodoformée ; cette méthode, imaginée par Schech, a donné d'excellents résultats entre les mains de Chiari ; Hajek s'en loue aussi. J'ai vu guérir en quelques semaines, traitées par ce moyen, à la clinique de Chiari, des sinusites maxillaires qui depuis des mois et des années avaient fait le désespoir des autres méthodes.

La gaze iodoformée, à cinquante pour cent, doit être seule employée ; Chiari n'a point essayé la gaze salolée ; mais la gaze à l'iodol lui a donné de mauvais résultats ; elle devient

fétide au bout de quelques jours, tandis que la gaze iodoformée peut séjourner deux semaines dans le sinus sans y prendre d'odeur putride. Le tamponnement doit être fait avec une seule bande de gaze large de deux centimètres, longue d'environ cinquante centimètres. Chiari a fait fabriquer exprès pour cet usage des bandes ayant de chaque côté une lisière ; car, si l'on taille avec des ciseaux une bande dans une grande pièce de gaze, celle-ci s'effiloche, et il reste dans le sinus des fils, qui font office de corps étrangers et peuvent éterniser la suppuration. La gaze sera aisément introduite à l'aide d'une pince fine à travers l'orifice alvéolaire, qu'on s'applaudira alors d'avoir pratiqué suffisamment large ; l'extrémité de la bande sera laissée dans l'orifice qu'elle bouchera, et où il sera facile de la rattraper lors du pansement suivant. Le sinus doit être complètement bourré : cependant le malade ne doit éprouver aucune douleur ; si le tassement de la gaze est trop serré, de violentes névralgies sus-orbitaires avec sensation de distension de la joue ne tarderaient pas à se montrer ; on les ferait immédiatement cesser en retirant du sinus quelques centimètres de bande.

Outre son efficacité incontestable, cette méthode a encore l'avantage de ne nécessiter que des pansements rares. Au début, la gaze sera renouvelée tous les trois ou quatre jours, plus tard tous les huit jours ; vers la fin, si elle ne répand pas d'odeur fétide, on pourra la laisser en place deux semaines entières. A chaque pansement, avant de pratiquer le tamponnement, Chiari a soin de faire un lavage du sinus à l'eau phéniquée, continué jusqu'à ce que le liquide qui revient par le nez ressorte absolument limpide.

## II. — *Empyème du sinus frontal.*

Les sinus frontaux sont séparés par une cloison si résistante (Zuckerkandl) que l'empyème frontal est le plus souvent unilatéral ; le pus a beaucoup plus de tendance à fuser dans l'orbite ou à pénétrer dans la cavité crânienne, qu'à se faire jour dans le sinus frontal opposé. C'est là une considération qu'on

ne doit jamais perdre de vue dans le traitement de cette affection (Hajek.)

La trépanation de la paroi antérieure du sinus est le procédé habituellement employé pour en ouvrir les abcès. Dans certains cas rares, il est bon d'aborder le sinus par la voie orbitaire. En effet, la paroi inférieure du sinus, qui en est toujours la plus mince, présente parfois des déhiscences au niveau desquelles la muqueuse sinusale vient en contact immédiat avec l'aponévrose orbitaire. Heureux les sujets qui présentent cette anomalie, car jamais chez eux l'abcès du sinus ne s'ouvrira dans la cavité crânienne ; de bonne heure il viendra faire saillie au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite. Cela se passe en deux ou trois jours à partir du début des douleurs frontales ; dans un laps de temps aussi court, une perforation pathologique de la paroi orbitaire n'aurait pas eu le temps de se produire (Hajek). En pareil cas, il suffit d'ouvrir l'abcès orbitaire, pour pénétrer dans le sinus.

Mais la trépanation du sinus frontal est-elle toujours autorisée, quand il s'agit d'un empyème latent ? Quelques rhinologistes autrichiens sont d'avis qu'il faut d'abord en essayer le traitement par les voies naturelles ; de ce nombre sont Chiari, Hajek, Zaufal.

Chiari, pour cathétériser le sinus frontal par la voie nasale, emploie une sonde de métal flexible, mince et longue ; celle-ci est recourbée à son extrémité suivant un arc de cercle à grand diamètre ; elle porte à sa partie moyenne un point de repère, qui, arrivé au niveau de l'orifice des narines, indique la limite de pénétration de l'instrument. Le cathétérisme doit être précédé d'une énérgique cocaïnisation des bords de l'hiatus semi-lunaire, pour faire rétracter le plus possible la muqueuse sur le passage de la sonde ; le meilleur procédé est de tamponner le méat moyen avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution forte de chlorhydrate de cocaïne, et de l'y laisser au moins cinq minutes. Le tampon enlevé, on introduit la sonde de telle façon que son bec, tourné en haut, se trouve au niveau de la partie antérieure de l'hiatus ; puis on fait décrire à la main qui tient l'instrument un mouvement en quart de cer-

ele, dirigé de haut en bas, exactement en sens inverse de celui qu'on fait pour introduire une sonde laryngienne ; et ainsi on pénètre dans le sinus. Il n'est pas possible, le plus souvent, d'affirmer que cette pénétration ait eu lieu ; on se guide, pour cela, sur la sensation du malade qui éprouve l'impression d'un courant d'eau pénétrant dans le front, ou encore sur la présence du pus ramené par le lavage. Chiari emploie, pour irriguer le sinus, la solution phéniquée à un demi pour cent, généralement bien tolérée par la muqueuse nasale, et suffisamment antiseptique.

Hajek considère comme indications de la nécessité d'une intervention rapide, les douleurs frontales spontanées, et surtout l'existence d'un point douloureux provoqué par la pression des doigts dans l'angle supéro-interne de l'orbite.

La première chose à faire, dans ce cas, est d'enlever à l'anse chaude la partie antérieure du cornet moyen : sans cela, la pénétration du cathéter dans le sinus frontal est à peu près impossible. On effectuera donc cette opération préliminaire comme il a été indiqué plus haut : et on fera une ablation assez étendue pour mettre bien à découvert la partie antérieure du méat et de l'hiatus. Cela fait, on trouve souvent celui-ci encombré, au niveau de l'infundibulum, par une masse de petits polypes muqueux jusque-là méconnus ; et dans tous les cas, on trouve la muqueuse, qui revêt ces parties, considérablement hypertrophiée. Deux à trois semaines de traitement préalable sont nécessaires pour débayer cette région, gratter la muqueuse, enlever les polypes, avant que la sonde ne puisse librement arriver à l'entrée du sinus frontal. Dans quelques cas, ce nettoyage de la partie antérieure de l'hiatus semi-lunaire suffit à lui seul à faire cesser tous les symptômes pénibles et même à amener la guérison de la sinusite frontale, en donnant au pus une voie d'écoulement facile.

Si ce nettoyage préalable et indispensable de l'infundibulum précède de l'amputation de la tête du cornet moyen, n'amène que parfois la guérison, toujours, en revanche, il, la prépare, en rendant facile le sondage du sinus. A ce propos, Hajek s'é-

lève violemment contre l'exclusivisme irraisonné des spécialistes qui affirment qu'on peut toujours, ou qu'on ne peut jamais cathétériser le sinus frontal par la voie nasale ; ces deux assertions absolues sont insoutenables ; car, dans la circonstance, il faut tenir compte des variations individuelles si grandes de l'architecture du méat moyen ; chez quelques rares sujets, on peut d'emblée aisément sonder le sinus frontal ; chez d'autres, quelque opération préalable qu'on pratique dans le nez, on n'y peut jamais parvenir. La vérité est celle-ci : chez les sujets dont la muqueuse du méat moyen et de l'hiatus est normale, il est très difficile de pénétrer dans le sinus, si on laisse en place le cornet moyen ; et cela devient impossible s'il y a empyème de ce sinus, à cause de l'hypertrophie et de la dégénérescence polypoïde de la muqueuse de ces régions. Au contraire, l'extrémité antérieure du cornet moyen étant enlevée, il devient possible, dans presque tous les cas, d'entrer dans le sinus frontal : et le cathétérisme est alors rendu bien plus aisé que celui du sinus maxillaire ; car, tandis que l'ostium maxillaire a une situation très variable, le plus souvent impossible à constater, au contraire le canal ethmoïdo-frontal continue toujours en droite ligne l'hiatus semi-lunaire,

Pour pénétrer dans le sinus frontal, il faut, suivant Hajek, se servir d'une sonde ou d'une canule recourbée à angle droit, à six ou huit millimètres de son extrémité. Une fois arrivé dans l'hiatus, préalablement désobstrué, il suffit de suivre la direction de celui-ci en haut et en avant pour pénétrer presque à coup sûr dans le sinus frontal ; il n'est pas nécessaire de modifier, par des tâtonnements successifs, la courbure de la sonde, comme on le fait quand on veut cathétériser le sinus maxillaire. Le point le plus étroit du défilé ethmoïdo-frontal, qui seul peut offrir un obstacle au passage de la sonde, est la cellule ethmoïdale antérieure, qui fait communiquer l'hiatus avec le sinus. Il ne faut pas oublier que cette cellule a deux parois, extrêmement minces, une interne nasale, une externe orbitaire ; dès lors, dès que la sonde aborde cette partie rétrécie, il faut lui faire décrire un mouvement de rotation de façon à ce que son bec se dirige un peu en dedans du côté de la paroi nasale, zone peu dangereuse ; cette rotation en dedans,



indispensable pour éviter une effraction de la paroi orbitaire, ne serait pas possible si le cornet moyen était en place ; c'est donc là encore une nouvelle raison pour en enlever l'extrémité antérieure. En prenant ces précautions, on franchit sans accidents le défilé ethmoïdo-frontal et on arrive dans le sinus,

Il n'est pas toujours aisé de savoir si vraiment la sonde a pénétré dans cette cavité ; Hajek croit y être arrivé :

1° quand il a la sensation que la sonde a franchi un orifice et est entré dans une cavité ;

2° quand la sonde occupe chez le malade une position absolument semblable à celle qu'elle a sur un crâne dont on cathétérise le sinus, à ciel ouvert.

Hajek pratique un lavage quotidien du sinus avec une solution boricuée à trois pour cent ; ce traitement suffit à amener la guérison dans les cas qui ne sont pas très anciens. A-t-il à faire à des formes plus rebelles, il n'hésite pas à en cautériser la muqueuse avec une solution forte de nitrate d'argent dosée à cinq et même à dix pour cent : ce moyen est héroïque. Si tous ces procédés échouent, il faut se résoudre à trépaner largement la paroi frontale du sinus. Mais chercher à en faire le curettage par la voie nasale, suivant les indications de Schäffer de Brême, est une tentative extrêmement dangereuse, le plus souvent inefficace, et qu'Hajek condamne.

Zaufal agit peu différemment. Toutes les fois qu'il a diagnostiqué une sinusite frontale, il commence par enlever à l'anse chaude l'extrémité antérieure du cornet moyen, découvrant ainsi l'entrée de l'infundibulum. Puis, avec une grosse poire à air, terminée par un tube de caoutchouc très mince qu'il fait pénétrer jusqu'à l'orifice du sinus, il donne une forte douche d'air qui chasse le pus, et soulage instantanément le malade. Dans beaucoup de cas cette insufflation, quotidiennement répétée, suffit à amener la guérison.

Il faut enfin se rappeler que, dans ses nombreuses autopsies, Zuckerkandl n'a jamais rencontré de suppuration du sinus frontal sans qu'il y eût en même temps du pus dans le sinus maxillaire correspondant ; ou dirigera donc ses recherches et sa thérapeutique dans ce sens.

### III. — *Empyème du sinus sphénoïdal.*

L'empyème sphénoïdal une fois reconnu, — et il n'est pas rare qu'il faille suivre le malade pendant plusieurs mois avant de poser ce diagnostic — on a le choix entre deux voies pour aborder le sinus, et y faire des lavages et des pansements : la voie buccale, la voie nasale.

Or, Hajek enseigne qu'on ne doit pas chercher à ponctionner le sinus sphénoïdal par la voie bucco-pharyngienne, pour les raisons suivantes.

1° Parce qu'il faut employer dans ce cas un instrument coudé avec lequel on a beaucoup moins d'adresse et de force qu'en se servant d'un instrument droit.

2° Parce que la paroi inférieure ou pharyngienne du sinus est notablement plus épaisse que sa paroi antérieure ou nasale.

3° Parce que si le sinus sphénoïdal est petit, on risque de pénétrer en arrière dans l'apophyse basilaire.

Au contraire, rien n'est plus simple que de pénétrer dans le sinus sphénoïdal par la voie nasale. Un trocart droit, poussé obliquement en haut et en arrière entre la cloison et le cornet moyen, arrive presque fatalement dans cette cavité ; on peut répéter vingt fois de suite cette opération sur le cadavre sans la manquer ; de plus, même en faisant fausse route, on ne risque de blesser aucun organe important.

Il est extrêmement difficile de pénétrer dans le sinus à travers son orifice naturel.

1° Parce que le siège de cet orifice est éminemment variable et qu'il n'existe aucun point de repère fixe pour nous guider vers lui.

2° Parce que cet orifice est inaccessible à la vue, étant masqué par le cornet moyen.

3° Parce qu'enfin, quand il existe un empyème sphénoïdal, la fente olfactive est presque toujours obstruée soit par des polypes muqueux, soit même simplement par une hypertrophie de la muqueuse.

En résumé, il faut aborder le sinus sphénoïdal par la voie nasale et, sans s'attarder dans la recherche infructueuse de son orifice, y pénétrer par effraction à travers sa paroi antérieure.

Mais, étant donné l'étroitesse de la fente olfactive, encore réduite davantage dans les cas pathologiques, on ne peut faire parvenir jusqu'au sinus sphénoïdal que des instruments très minces, petits trocars ou fines canules. Schäffer prétend pouvoir pousser une curette tranchante jusque dans le sinus, et en gratter aisément les parois ; Hajek soutient le contraire, affirmant qu'il n'y a pas assez de place dans la fente olfactive pour manœuvrer ainsi ; et je dois dire que mes recherches personnelles, faites sur de nombreux cadavres, donnent raison à ce dernier auteur. Pour arriver jusqu'au sinus sphénoïdal, il faut donc se donner du jour, comme tout à l'heure quand on voulait aborder le sinus frontal ; pour cela, il est indispensable de réséquer tout ou partie du cornet moyen d'après les règles déjà indiquées. Il est cependant des cas exceptionnels où ce délabrement préliminaire est inutile, c'est quand on peut voir directement l'orifice sphénoïdal par la rhinoscopie antérieure ; cela a lieu, soit quand une rhinite atrophique a rétracté les cornets, soit quand une syphilis nasale grave a transformé en cloaque les cavités nasales, soit enfin quand, par suite d'une forte incurvation du septum, une fosse nasale est anormalement dilatée.

On enlèvera donc à l'anse chaude le cornet moyen, puis, avec une cuiller tranchante, on pratiquera dans la paroi antérieure du sinus sphénoïdal une brèche aussi large que possible ; cette dernière partie de l'opération sera à peine douloureuse, car on agit sur une région pauvre en nerfs et peu sensible. Puis on commencera par laver tous les jours la cavité malade avec de l'eau boricuée à trois pour cent ; si cela ne suffit pas à amener la guérison, on emploiera une solution de nitrate d'argent à cinq pour cent. Dans quelques cas, on se trouvera bien de tamponner le sinus avec de la gaze iodoformée.

#### IV. — *Empyème des cellules ethmoïdales.*

Voici le traitement généralement employé dans ce cas par les rhinologistes viennois : désobstruction préalable du méat moyen (enlèvement de polypes, grattages et cautérisations de la muqueuse), et, au besoin, résection d'une partie du cornet moyen ; ponction de la bulle éthmoïdale ; aspiration du pus ; irrigations avec une solution de lysol au centième, ou de nitrate d'argent au vingtième ; ou traitement sec par l'insufflation de poudre d'iodoforme et tamponnement à la gaze iodoformée. Ce traitement suffit dans beaucoup de cas à amener la guérison. En général, toutes les cellules ethmoïdales sont malades ; mais comme la suppuration a le plus souvent détruit les travées osseuses qui les séparent, il suffit pour les aborder toutes de pénétrer dans l'une d'elles ; or, la cellule antérieure qui correspond à la bulle ethmoïdale, est la plus accessible. Pour éviter de pénétrer dans l'orbite, Hajek emploie un petit trocart droit, sur lequel se meut un manchon, qu'on fixe avec une vis de façon à ne laisser dépasser qu'un demi-centimètre de pointe ; grâce à cette modification, on peut sans danger ponctionner la bulle ethmoïdale.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

*Séance du 12 avril 1893**Sous la présidence de Mc. BRIDE, vice-président (1).*

**1° Empyème du sinus frontal.** — DUNDAS GRANT montre un cas d'empyème du sinus frontal consécutif à l'influenza chez un homme de 35 ans. Le traitement par les astringents n'ayant pas donné de résultats le sinus est ouvert sur le bord de l'orbite. Une longue aiguille d'étain est passée quelques jours après par cette ouverture jusque dans les narines. Sur cette aiguille servant de conducteur on pousse un drain de caoutchouc qui est laissé en place. La fétidité et l'abondance de la sécrétion ont beaucoup diminué. Des irrigations sont pratiquées depuis par l'orifice nasal.

STEWART a opéré récemment un cas analogue ; il a pu voir les deux sinus l'un malade l'autre sain. Un simple drainage à l'aide d'une sonde passée par le nez a suffi.

BRONNER signale un cas de double empyème du sinus qui put être drainé par les fosses nasales à l'aide d'un double tube. Il emploie de préférence les ciseaux pour ouvrir et accorde la principale importance au traitement antiseptique consécutif.

DUNDAS GRANT recommande l'ouverture médiane dans les cas où le côté affecté est douteux. Il pense que la gouge et le maillet sont préférables au trépan pour les opérations externes.

**2° Hémorrhagies sous-muqueuses et angiome des cordes vocales.** — DUNDAS GRANT montre un cas d'hémorrhagie sous-muqueuse de la corde vocale gauche résultant d'une petite tumeur vasculaire occupant le tiers moyen de la corde. Les symptômes principaux sont l'aphonie brusque et l'enrouement pendant une quinzaine de jours. Le traitement astringent a donné quelque résultat. Mais il reste à savoir si la tumeur doit être enlevée.

(1) Medical press, mai 1893.

CRESWELL BABER incline dans ces cas à employer le thermocautère.

SEMON préfère la pince, l'hémorrhagie dans ces cas étant négligeable.

**3° Syphilis héréditaire.** — HAVILLAND HALL montre un malade de 16 ans atteint de syphilis héréditaire qui, après avoir présenté dans son enfance les signes de cette affection, souffre depuis les dernières années d'une ulcération du pharynx avec gonflement des glandes. Ces lésions ont subsisté malgré le traitement habituel, puis elles ont disparu.

**4° Affections syphilitiques de la langue.** — HAVILLAND HALL montre un malade atteint de syphilis primitive il y a 25 ans, qui, il y a 2 ans et demi, a présenté des lésions spécifiques de l'amygdale gauche. Amélioration considérable par l'iodure de potassium. Mais l'extension de l'ulcération au palais et la vive douleur qui accompagne le gonflement des glandes rendent le diagnostic douteux.

BUTLIN pense qu'il s'agit là d'une tumeur maligne greffée sur une ancienne lésion syphilitique.

CLIFFORD BEALE signale un cas analogue où le diagnostic ne put être fait que par l'examen microscopique d'un fragment de la tumeur.

**5° Lupus du larynx et du pharynx.** — MARK HOWELL montre un cas où la trachéotomie a été pratiquée il y a trois ans. Le traitement de Koch par 50 injections a maintenu depuis ce temps le statu quo.

**6° Carie et nécrose des os du nez et du maxillaire supérieur.** **Abcès du septum.** **Empyème de l'antre d'Higmore gauche.** — SEMON montre un homme de 74 ans atteint de ces lésions. L'empyème a été d'abord drainé, puis l'os nécrosé enlevé. Ensuite survint un gonflement symétrique des narines reconnu produit par un abcès communiquant avec le septum lucidum perforé. La partie supérieure du nez fut considérablement élargie et le pus s'écoula par pression entre la lèvre supérieure et le maxillaire supérieur. Cette affection était syphilitique.

**7° Paralysie des muscles abducteurs des cordes vocales et du voile du palais.** — SEMON montre un tabétique atteint de paralysie complète des abducteurs des cordes vocales, incomplète à droite, complète à gauche, et s'étendant aux muscles thyroarythénoïdiens. Paralysie complète du voile du palais. Tremblement fibrillaire de la langue. Dégénérescence complète et paralysie du masséter et du muscle temporal de chaque côté. Articulation

lation difficile. Bouche constamment ouverte. Démarche ataxique, paralysie de la 6<sup>e</sup> paire gauche.

8° **Tuberculose du larynx et des poumons.** — SCAVES SPICER montre un malade de 21 ans dont la tuberculose est limitée au larynx à gauche et au poumon droit.

9° **Papillomes des narines et des gencives.** — SCAVES SPICER montre un enfant de 11 ans dont les narines ont été depuis plusieurs années obstruées par des tumeurs récidivant après ablation et applications d'acide nitrique. Les gencives supérieures furent curettées et traitées par le nitrate acide de mercure. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de papillomes.

BUTLIN considère cette affection comme du lupus d'après l'apparence du malade.

DUNDAS GRANT émet une opinion analogue sur la lésion des gencives.

HILL pense à la syphilis comme cause de ces tumeurs, par analogie à celles semblables qu'on rencontre dans le vagin et l'oreille.

SPICER réplique que rien ne peut dans l'aspect présent de ces cas déterminer s'il s'agit de lupus ou de syphilis.

10° **Sarcomes multiples du pharynx nasal et des amygdales.** — STEWART montre un malade de 29 ans qu'il observe depuis 1889. D'abord on lui enleva une tumeur sarcomateuse de l'oreille droite. Maintenant on en a enlevé une des fosses nasales postérieures et des amygdales. Récidive et ulcération. Gonflement des ganglions voisins et hémorrhagies. La tumeur s'étend maintenant à l'épiglotte et à une partie de l'œsophage et du larynx.

BRONNER traite ces cas par l'arsenic et mentionne un cas dans lequel contre toute attente le médicament a produit un remarquable effet.

BUTLIN pense qu'on doit administrer l'arsenic à hautes doses.

STEWART exprime en terminant son intention de traiter désormais ces cas par l'arsenic.

11° **Tuberculose chronique du larynx.** — MC NEILL WHISTLER montre un homme de 30 ans qu'il soigne depuis 13 ans. Il a présenté tous les signes d'une infiltration tuberculeuse des deux côtés du larynx avec œdème et ulcération. Signes légers aux deux sommets du poumon. La maladie du larynx a été traitée par les antiseptiques, les astringents et les inhalations calmantes. Amélioration marquée pendant les 6 premiers mois qui se maintint jusque dans ces derniers temps, quelques poussées aux sommets furent arrêtées par la créosote. Le larynx présente

actuellement une légère excavation de l'épiglotte, trace de l'ulcération ancienne; cordes vocales granuleuses surtout la droite. Rétrécissement cicatriciel des cordes vocales inférieures avec léger ruban de végétations dans l'espace interaryténoïdien et sur la corde vocale droite. Les mouvements des cordes vocales sont libres et les fonctions ne sont pas entravées.

L. R. R.

### ASSOCIATION OTOLOGIQUE AMÉRICAINE

*Vingtième congrès annuel, tenu le 13 juillet 1893 à New-London, sous la présidence de GORHAM BACON, (de New-York<sup>1</sup>).*

**1° Anatomie comparée des osselets.** — L. HOWE (de BUFFALO), lit une série de recherches où il étudie spécialement : 1° la nature osseuse ou ligamentaire de l'apophyse longue du marteau ; 2° les mouvements de l'articulation du marteau et de l'enclume ; 3° les variations de forme du marteau et de l'enclume dans la série animale, l'étrier étant de forme relativement fixe, l'enclume offrant des variations beaucoup plus marquées.

**2° Influence des effets révulsifs dans les opérations faites sur l'apophyse mastoïde.** — A. BUCK (de NEW-YORK), rapporte trois cas où l'effet révulsif (counter irritant) produit par la trépanation de l'apophyse mastoïde peut seul expliquer la guérison obtenue.

*Discussion.* S. THEOBALD (de BALTIMORE), dit que cette théorie explique nombre de faits de guérisons après trépanation de l'apophyse mastoïde sans écoulement de pus ni pendant ni après l'opération. H. KNAPP (de NEW-YORK), pense qu'il s'agit de simples mastoïdites congestives. L'issue du sang accumulé suffit à expliquer la guérison.

**3° Carie du temporal.** — H. KNAPP rapporte un fait de carie étendue du temporal chez un enfant. Lésions cachectiques, otorrhée et mastoïdite. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Mort d'hémorrhagie et surtout de cachexie.

**4° Otite moyenne et mastoïdite.** — KNAPP rapporte un fait d'otite moyenne chronique avec complications pulmonaires et cérébrales graves, trépanation de l'apophyse mastoïde, blessure du sinus latéral. Guérison malgré l'hémorrhagie et la pleuropneumonie.

(<sup>1</sup>) Medical record, 29 juillet 1893.



*Discussion.* ORNE GREEN (de BOSTON), croit que souvent c'est, non le sinus latéral, mais une grosse veine du diploé qui est ouverte et donne, comme il l'a vu dans un cas, l'hémorragie.

5° *Autopsie de deux cas d'otites moyennes compliquées.* — C. SYPHEN (de NEWARK), donne une description anatomique complète de la marche du pus dans ces deux cas.

6° *Otite moyenne avec thrombose mortelle du sinus latéral.* — E. GRUENING (de NEW-YORK), fit la trépanation mastoïdienne dans un cas d'otite compliquée. Le sinus latéral mis à nu ne battait pas. Quatre jours après symptômes pyohémiques et mort.

7° *Statistique de l'institut otologique de Massachusetts.* — CLARENCE J. BLAKE (de BOSTON). Le nombre des malades en avril, mai, juin 1893 fut de 7685 dont 1414 nouveaux. Le nombre des opérations fut de 208.

8° *Anatomie pathologique de l'oreille.* — ORNE GREEN (de BOSTON) présente un très grand nombre de pièces avec observations.

9° *Stapédectomie.* — CLARENCE J. BLAKE discute et critique cette opération. Elle est difficile à pratiquer sans fracture dans le cas de surdités liées à des affections non suppurées de l'oreille moyenne. En cas de suppuration ses résultats ne sont pas sensiblement meilleurs que la simple mobilisation. B., dans les affections non suppurées croit qu'on doit pratiquer tout d'abord la tympanotomie exploratrice pour voir si l'étrier peut être enlevé et s'il doit être enlevé. En cas de suppuration on doit en essayer d'abord la synchotomie, la ténotomie, l'application d'un tympan artificiel.

10° *Stapédectomie.* — F. L. JACK. (de BOSTON), à pratiqué 48 ablations de l'étrier; il a obtenu de bons résultats fonctionnels dans le cas de suppuration d'hypertrophie inflammatoire, moins bons dans les otites chroniques insidieuses. La réaction est faible, l'inflammation rare est peu grave. Les vertiges, les bourdonnements ont été améliorés. Jamais l'opération ne les a produits chez les malades qui n'en étaient pas affectés antérieurement. L'amélioration porte parfois sur l'audition de tous les sons, parfois sur celle de la voix humaine seule, parfois sur celle des bruits seuls. Les échecs ont paru dans un ou deux cas dus à des hémorrhagies intralabyrinthiques. En enlevant les osselets de l'oreille on ne doit jamais hésiter à faire l'ablation de l'étrier quand il est malade.

11° *Traitement chirurgical de la maladie de Ménière.* — C. H. BURNETT (de PHILADELPHIE), après une discussion assez acerbe où il conteste à Ménière la priorité de la découverte des vertiges

auriculaires et relève l'inexactitude de sa théorie des lésions des canaux semicirculaires, montre que le véritable vertige auriculaire dû à des lésions de l'oreille moyenne et surtout au catarrhe chronique de la caisse du tympan est paroxystique, qu'il est accompagné de bourdonnements et de surdité. Il est dû à la compression du liquide labyrinthique par les osselets rétractés et ankylosés. L'indication principale est de libérer l'étrier agent essentiel de la compression. On y parvient très bien sans enlever l'étrier, par la simple résection de l'enclume. B. rapporte plusieurs cas où l'ablation d'un ou plusieurs osselets de l'oreille amena la guérison.

**12° Difficultés des opérations au fond de l'oreille.** — R. BARCLAY (de St-Louis) présente un spéculum et divers instruments destinés à faciliter ces opérations.

**13° Reflexe auriculaire anormal produit par un bouchon de cérumen.** — S. THEOBALD (de BALTIMORE), rapporte un fait de toux et de gêne de la déglutition ayant persisté six mois chez une femme de 42 ans nullement nerveuse et guérie par l'ablation d'un bouchon de cérumen. La gêne de la déglutition est en particulier rare et deux cas seulement ont été rapportés par Senac et Jurol.

**14° Statistique des maladies des oreilles.** — A. B. RANDALL (de PHILADELPHIE), présente une statistique de 5,000 cas observés en quatre ans.

**15° Nouveau crochet pour l'ablation de l'enclume.** — GORHAM BACON (de NEW-YORK), présente cet instrument dû au D'Hewit.

**16° Chirurgie cérébrale dans les maladies d'oreille.** — TH. R. POOLEY (de NEW-YORK), ne lit que le titre de son étude.

Sont élus membres : E. B. Dench, William Cowen, L. Adams Ed. Friedenberg, tous quatre de New-York, et H. Wilmer de Washington.

Le bureau est ainsi constitué : *Président*. Gorham Bacon, de New-York, *Vice-président* : Arthur Mathewson, de New-York, *Secrétaire trésorier* : Vermeyne, de New-Bedford.

## BIBLIOGRAPHIE

**Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire** (Méthode de Ruault), par LOUIS MALLEY.  
*Thèse de Paris, Henri Jouve, 1893.*

Dans la première partie de son travail, l'auteur passe en revue différentes méthodes proposées jusqu'ici pour le traitement de l'hypertrophie des amygdales, et les critique sévèrement. Il montre l'inutilité de toute thérapeutique médicale, gargarismes, badigeonnages ; puis il divise les méthodes de traitement chirurgicale, seules efficaces, en méthodes rapides, méthodes lentes.

Les *méthodes rapides* ont pour but d'enlever en une seule séance non pas toute l'amygdale, ce qui serait une faute grave, mais seulement la partie saillante de la glande : en un mot de faire l'amygdalotomie et non l'amygdalectomie. Cette excision peut se faire : 1° avec le bistouri, procédé condamnable car il expose à des hémorrhagies sérieuses ; 2° avec les ciseaux, instrument peut-être préférable aux guillotines ; 3° avec les amygdalotomes, mauvais instruments qui agissent automatiquement, avec lesquels le chirurgien, ne pouvant pas régler son intervention, n'est jamais certain d'obtenir un résultat suffisant, et dont l'emploi expose à des hémorrhagies graves ; 4° avec l'anse galvanique, procédé qui est difficile à mettre en pratique, exige une grande habileté manuelle, une instrumentation compliquée, et ne met pas sûrement à l'abri de l'hémorrhagie à cause de la presque impossibilité qui existe, avec le serre-nœud actuel, de maintenir le fil de platine au rouge sombre pendant toute la durée de l'opération.

Les *méthodes lentes*, inspirées à leurs auteurs par la crainte des hémorrhagies, réclament plusieurs séances. Les principales sont : 1° les injections iodées interstitielles (Luton) fort peu répandues ; 2° l'électrolyse, qui agit avec une lenteur extrême ; 3° l'ignipuncture, faite soit avec le thermocautère, soit avec le galvanocautère, dont les deux principaux inconvénients sont : la réaction intense qu'elle provoque, pouvant aller jusqu'à l'angine aiguë nécessitant plusieurs jours de séjour au lit, et le temps très considérable pendant lequel ce traitement doit être mis en œuvre pour amener la guérison ; 4° la discision, qui n'est applicable

qu'à la pseudo-hypertrophie déterminée par l'amygdalite lacunaire chronique.

A tous ces procédés, M. préfère de beaucoup la méthode récemment imaginée par son maître Ruault : ablations partielles successives par morcellement, suivies d'applications iodiques immédiates ; il expose les indications et en trace minutieusement le manuel opératoire. Cette description est semblable à celle que Ruault en a déjà donnée : libération des amygdales par destruction des adhérences qu'elles contractent avec les piliers antérieurs, à l'aide d'un crochet mousse ou coupant ; morcellement avec la pince emporte-pièce, badigeonnage consécutif avec la solution iodo-iodurée forte. Une à deux séances suffiront pour ramener les amygdales aux dimensions voulues. L'hémorrhagie produite dans ce cas est insignifiante, la douleur, peu vive, dure à peine une heure, la réaction consécutive manque, de sorte que l'opéré peut immédiatement après vaquer à ses occupations et prendre son repas.

La méthode de Ruault, dit l'auteur, est supérieure à tous les autres et applicable à tous les cas d'hypertrophie simple ; dans certaines circonstances, elle peut être associée à la discision préalable. L'emploi du galvano-cautère doit être réservé aux cas où, pour des raisons spéciales, on doit prendre des précautions contre la possibilité d'une hémorrhagie primitive ou secondaire, peut-être redoutable.

M. L.

---

## ANALYSES

### I. — OREILLE

**Affections séborrhéiques de l'oreille externe**, par H. ALDERTON  
(*New-York Eye and Ear Infirmary reports*, janvier 1893).

L'auteur décrit en quelques pages diverses affections séborrhéiques de l'oreille externe. Il passe en revue la séborrhée huileuse, la séborrhée sèche, les comédons, le milium, le kyste sébacé, l'adénome sébacé. A cette étude est annexée une planche. Ainsi que le fait remarquer l'auteur, les traités classiques parlent peu de ces diverses affections qui présentent cependant un certain intérêt pratique.

H. DU F.

**Contractions spasmodiques du muscle tenseur du tympan,** par C. W. RICHARDSON (*Journal of amer. med. association*, 22 décembre 1892).

Il s'agit d'un enfant de seize ans, qui, deux années auparavant, commença à présenter dans les deux oreilles des bruits rythmés, perceptibles pour les personnes de son entourage. Ceux-ci n'offraient aucun synchronisme avec le pouls, et n'étaient pas simultanés dans les deux oreilles ; celui de droite se reproduisait à intervalles plus rapprochés. Ces bruits, qui persistaient depuis deux ans, avaient considérablement affecté le moral du malade.

L'audition était normale ; les tympans, très enfoncés, mais mobiles ; seulement le manche du marteau adhérait au promontoire. Les muscles pharyngiens ne présentaient aucun mouvement qui pût donner naissance à un bruit de ce genre. Celui-ci disparut au bout de six mois, après de nombreuses douches d'air données dans la caisse. A ce moment, le malade fut atteint d'une pachyméningite à marche lente ; c'est à cette affection intercurrente, plus peut-être qu'à l'efficacité du traitement, qu'il faut attribuer la cessation de ces bruits rythmés. M. L.

**Prophylaxie de la surdité,** par BUCKLIN. (*Med. record*, 12 août 1893).

B. rapporte une série d'observations destinées à montrer que le traitement des otites moyennes ne doit pas être routinier, mais guidé sur l'étiologie : 1<sup>er</sup> cas Enfant de deux ans. Influence de l'anémie, de l'intoxication malarique produite par un égot mal entretenu. Bons résultats donnés par le fer et la quinine. — 2<sup>me</sup> cas. Enfant de trois mois, végétations adénoïdes exceptionnelles à cet âge, guérison après l'ablation. — 3<sup>me</sup> cas. Adulte. guérison d'une otorrhée datant de vingt ans par la simple destruction à l'acide chromique d'une petite masse de tissu granuleux. — 4<sup>me</sup> cas. Jeune fille de quatorze ans, guérison par le traitement d'une déviation de la cloison, du cornet inférieur adhérent. — 5<sup>me</sup> cas. Otite moyenne due à une déformation de la cloison et à des végétations adénoïdes. — 6<sup>me</sup> cas. Otite moyenne par hypertrophie des cornets inférieurs, des amygdales pharyngées, végétations adénoïdes, etc., etc. — Comme causes hygiéniques, B. cite le travail dans un courant d'air, sous un ventilateur, les bains de mer. Il insiste sur la nécessité d'un traitement précoce.

A. F. P.

**Paralysie diphthérique avec surdité temporaire**, par HOWARD H. TOOTH (*Brit. med. jour.* mars 1893).

Il s'agit d'un garçon de 5 ans qui, au commencement du mois de décembre 1891 entra à l'hôpital métropolitain pour une diphthérie assez légère ; vers la fin de décembre, l'enfant put se lever. Le 5 janvier le petit malade devint subitement presque sourd ; on notait en outre de la paralysie du voile du palais.

La surdité augmenta et devint absolue, mais au bout de quinze jours environ, elle commence à diminuer. Le 22 août, l'enfant était encore un peu sourd, quoiqu'il entendît la montre à la distance normale.

A-t-on eu affaire ici à une surdité causée par la diphthérie des trompes ? L'auteur ne le pense pas, étant donnée l'intensité de la surdité observée. De plus, elle n'apparut qu'après la disparition de tous les symptômes diphthériques, et au même moment que la paralysie du voile du palais. On pourrait penser qu'il s'agit dans ce cas d'une paralysie du nerf auditif, causée par l'infection diphthérique. La guérison rapide plaide encore en faveur de cette hypothèse.

Il n'en est pas moins vrai que c'est là un fait rare puisque Gowers a été jusqu'à dire que, dans la diphthérie, l'ouïe n'est jamais atteinte.

M.

**Affections de l'oreille dans la fièvre typhoïde**, par B. ROBINSON. (*Medical record*, 3 septembre 1893).

Etude d'ensemble très documentée montrant la fréquence des complications auriculaires de la fièvre typhoïde, les causes qui les font passer inaperçues au début, la nécessité de l'examen otoscopique pour instituer un traitement prompt et efficace ; étude spéciale des surdités consécutives à la fièvre typhoïde et des causes invoquées ; 1° propagation du catarrhe nasopharyngé ; 2° influence du système nerveux central et de l'anémie ; 3° périostite de l'oreille moyenne ; 4° accumulation de cérumen ; 5° traitement par la quinine ; 6° ramollissement des muscles de l'oreille. — Etude spéciale des otites purulentes et de l'importance qu'a pour leur prophylaxie l'antisepsie buccopharyngée.

A. F. P.

**Le diapason comme moyen de traitement des maladies d'oreilles**, par J. SIMROCK. (*Medical record* 10 juin 1893).

Les vibrations d'un diapason transmises au tympan au moyen d'une fine sonde élastique à extrémité garnie de coton donnent

des vibrations tympaniques qui seraient utiles dans la sclérose progressive, le catarrhe chronique, l'ankylose des osselets, les bourdonnements; on débutera par des séances courtes et des vibrations faibles.

A. F. P.

**Opérations pour guérir l'inflammation chronique suppurée et non suppurée du tympan. — Indications et résultats,** par E. B. DENCH. (*New-York Eye and Ear Infirmary reports*, janvier 1893).

L'article de Dench offre un intérêt tout particulier en ce qui regarde la médecine opératoire de l'oreille moyenne. Après avoir longuement insisté sur la nécessité de faire avant toute opération un diagnostic précis, et avoir déterminé si les lésions se limitent à la caisse et si le labyrinthe est intact (ce que Dench croit pouvoir obtenir par l'examen au moyen des diapasons, méthode de Hartmann) il décrit les divers temps de l'opération en elle-même.

L'oreille doit être préalablement désinfectée. Le malade sera endormi. Afin de pouvoir donner à la tête une position convenable l'auteur se sert d'un plan incliné qui fixe la tête et peut même lui donner l'inclinaison latérale voulue.

Ceci fait, la technique opératoire varie suivant que la membrane du tympan est intacte ou non.

1° Nous ne ferons que signaler ici quelques points principaux. Dench après avoir coupé le tendon du muscle du marteau désarticule la longue branche de l'enclume de l'étrier. Il préfère ensuite enlever le marteau d'abord, puis il va à la recherche de l'enclume.

En ce qui regarde l'étrier, il le mobilise ou l'enlève suivant le cas et si cet osselet n'est pas très accessible et se trouve masqué par une partie de l'anneau tympanal, il resèque cette portion au moyen de pinces coupantes spéciales. Dans la désarticulation incudo-stapédienne il préfère agir en avant de la branche plutôt que d'introduire le couteau par la partie postérieure.

Pour enlever l'enclume, il opère d'arrière en avant et non d'avant en arrière comme l'a fait Kretschmann.

2° A cause de l'hémorrhagie due à la vascularisation des tissus, il faut ou bien agir d'abord sur l'étrier (point principal) ou enlever le marteau et attendre que l'écoulement sanguin soit arrêté.

L'ablation du marteau et des débris de la membrane tympanique faite au début est dans certains cas préférable et l'hémorrhagie s'arrête subitement après ce premier temps.

Le curettage est indiqué suivant le degré d'altération.  
Il faut veiller à l'adhérence du grand osselet avec le toit du tympan.

Certains osselets sont souvent détruits par la suppuration.

Résultats sur 24 cas d'otite moyenne suppurée. Dench a eu :

dans 14 cas.	. . .	écoulement arrêté
— 8 —	. . .	écoulement diminué.
— 2 —	. . .	encore en traitement.

De plus.

14 fois l'audition a été améliorée.

9 fois pas de changements.

1 fois l'audition a été diminuée.

Le marteau a été enlevé seul 6 fois.

Le marteau était détruit dans 5 cas.

Le marteau et l'enclume ont été enlevés 11 fois.

Le marteau l'enclume et l'étrier enlevés 3 fois.

Sur 7 malades atteints d'otite moyenne non suppurée avec 2 opérations doubles, soit 9 opérations, les résultats ont été :

4 fois amélioration très grande.

4 fois amélioration légère.

1 fois pas d'amélioration.

L'auteur termine son travail en déclarant que l'opération est souvent indiquée, mais doit être justifiée d'abord par l'échec des autres moyens et un examen attentif de la fonction.

H. DU F.

**Un cas d'otite moyenne suppurée nécessitant l'ouverture des deux mastoïdes et compliquée subséquemment de fièvre typhoïde.**  
**Guérison**, par GORHAM BACON. (*New-York Eye and Ear Infirmary reports*, janvier 1893).

Cas très intéressant où le diagnostic a présenté de grandes difficultés. Le malade âgé de 22 ans entre à l'hôpital pour une otite moyenne suppurée aiguë à droite ; la marche de l'affection nécessite une première intervention sur la mastoïde droite. Quelques jours après, l'oreille gauche se prend et nécessite aussi l'ouverture de la mastoïde gauche. On n'y trouve pas de pus. Mais la fièvre prend un caractère continu. On soupçonne un abcès cérébral et la mastoïde est de nouveau attaquée à la gouge. Entré



au commencement de juin, le malade sort guéri en apparence le 13 juillet. Mais le 4 août il rentre avec des symptômes typhiques, le diagnostic n'est plus douteux et le malade sort définitivement guéri le 12 septembre.

Cette observation est très intéressante, mais nous regrettons que l'examen bactériologique n'ait pas été pratiqué. Il eût été intéressant de le faire. D'abord sur le pus de l'oreille et sur le pus trouvé dans l'apophyse mastoïde droite et ensuite sur les selles. Le malade a-t-il eu la fièvre typhoïde en juin et une rechute en août ou bien ces deux phases de sa maladie sont-elles absolument distinctes ? L'examen bactériologique eût pu trancher la difficulté.

H. DU F.

**Quinze cas de mastoïdites traités à l'hôpital pour les maladies des yeux et de l'oreille de New-York, de mars 1892 à septembre 1892, par J. ADAMS. (*New-York Eye and Ear Infirmary reports*, janvier 1893).**

Résumé de 15 cas de mastoïdites. 12 malades ont été opérés et 3 traités par le Leiter Coil. L'auteur a eu 14 guérisons et un mort.

H. DU F.

**Eclairage par transparence des cellules mastoïdiennes, par J. CALDWELL. (*N. Y. med. journal*, 15 juillet 1893).**

En plaçant une lampe électrique dans le conduit auditif externe, on voit, si cette lampe est dirigée vers la paroi postérieure et si la pièce est bien obscure, l'apophyse mastoïde saine s'illuminer par transparence d'une lueur rouge. Parfois il sera utile de se servir d'un spéculum. En cas de collection purulente la lueur rosée est absente, les cellules restent noires. — En comparant avec le côté opposé, le diagnostic devient possible même dans les cas de mastoïdite sans douleur, sans gonflement, même dans ceux si dangereux où le pus tend à fuser en dedans.

A. F. P.

**De la perforation de l'apophyse mastoïde dans les cas d'otite moyenne aiguë, suite de l'influenza, par ADAM POLITZER (*Brit. med. journal*, 31 décembre 1892).**

On observe très fréquemment l'otite moyenne dans l'influenza, probablement à cause de la migration par la trompe des organismes situés dans le pharynx. Ces otites sont plus dangereuses

que les otites ordinaires. Elles se compliquent souvent de mastoïdites.

On sait que la structure de l'apoplyse est des plus variables et qu'on peut en décrire trois types : le plus souvent, elle est constituée par des cellules aériennes ; d'autres fois, elle est formée de tissu diploétique ; d'autres fois enfin, le diploé et les cellules aériennes se combinent pour former l'apophyse ; dans ces cas, le diploé se trouve situé à la partie postéro inférieure, les cellules forment le reste. Les apophyses contenant des cellules sont plus disposées à la formation d'abcès.

Les principaux symptômes d'abcès mastoïdiens sont :

- a) Douleur spontanée, rarement intermittente, siégeant dans l'apophyse, dépressibilité de sa partie moyenne et inférieure.
- b) Augmentation de la température locale.
- c) Généralement il n'y a pas d'infiltration cutanée ; s'il existe de la périostite, on note de la rougeur et du gonflement.
- d) Augmentation de la température vespérale.

Le traitement de la mastoïdite variera suivant la date du début de l'affection, le degré de la fièvre, l'intensité des symptômes subjectifs, et l'état général du malade. Lorsque les douleurs ne datent que de deux ou trois jours, le processus inflammatoire peut régresser par l'application locale de teinture d'iode, l'application du froid, etc. On fera en même temps des irrigations horiquées dans la caisse. Mais si l'affection date déjà d'une huitaine de jours, ou si le traitement antiphlogistique n'apporte aucun soulagement, on devra recourir à la trépanation.

Après antiseptie rigoureuse de la région, on pratique une incision courbe de 4 à 5 centimètres de longueur, située à un demi-centimètre en arrière du pavillon, et atteignant la pointe de l'apophyse. On divise le périoste, et on le détache de l'os, de façon à découvrir la région moyenne et inférieure de la mastoïde. On creuse alors dans la couche corticale jusqu'à une profondeur d'un demi à un centimètre, au moyen d'une gouge de six millimètres de largeur : on aura soin de donner à cette gouge une direction oblique. On arrive alors au foyer purulent, situé quelquefois immédiatement dans l'écorce osseuse, d'autres fois à un demi ou à un centimètre en profondeur. Ce foyer est rempli de pus et de granulations. On constate quelquefois l'existence de plusieurs petits foyers isolés ou communicants. Le foyer est curetté, assez complètement, pour enlever le tissu osseux infiltré environnant. Dans un seul cas, Politzer put trouver une communication entre l'abcès et l'antre. On lave le foyer au sublimé ; on

le comble avec de la gaze iodoformée ; et on place sur la plaie cutanée deux points de suture.

A moins d'indication contraire, le premier pansement ne sera levé qu'au bout de six ou huit jours.

Après l'opération, la température revient rapidement à la normale, la suppuration de la caisse diminue et disparaît en peu de temps.

M.

**Opérations sur l'apophyse mastoïde** par le Dr MILLIGAN. (*Société clinique de Manchester*, 21 mars 1893).

Présentation de deux malades ayant subi l'opération de Stacke pour suppuration chronique de la caisse. Dans les deux cas, la suppuration fut tarie : le processus de réparation fut terminé en deux mois et demi.

M.

**Végétations, adénoïdes comme cause des maladies de l'oreille chez les enfants**, par JAMES HEWITT. (*New-York Eye and Ear Infirmary reports*, janvier 1893).

L'auteur insiste sur la nécessité d'examiner le pharynx de tout enfant atteint d'affection de l'oreille. Même lorsque les végétations sont peu abondantes, les lésions de l'oreille peuvent être consécutivement assez étendues. Leur présence amène d'après lui un certain degré de parésie du voile du palais. Le seul traitement est leur ablation. Il se sert des pinces de Gradle (de Chicago) et de la curette de Gottstein. Il opère les enfants après anesthésie générale. Les lavages après l'ablation lui paraissent dangereux et peuvent amener des complications auriculaires.

H. DU F.

**Surdité chronique causée par des végétations adénoïdes**, par BATES. (*New-York med. journal*, 27 mai 1893).

Le malade âgé de 29 ans était complètement sourd et offrait un catarrhe de l'oreille moyenne qui semblait rebelle à tout traitement. L'ablation de végétations adénoïdes du nasopharynx fut suivie d'une très grande amélioration.

A. F. P.

**Du syndrome de Ménière chez les enfants**, par M. LANNOIS. (*Lyon medical*, n° 19, p. 406, 19 mars 1893.)

Le vertige auriculaire a peu attiré l'attention des médecins d'enfants. Quelques otologistes ont signalé, depuis von Tröltsch

le syndrome de Ménière comme un épiphénomène survenant au cours d'une otite moyenne aiguë ; l'enfant se plaint de vertige au moindre mouvement, de douleurs de tête intenses ; il a des vomissements fréquents, de la fièvre vive, parfois des convulsions ; tout cela ressemble fort à une méningite jusqu'au jour où un écoulement d'oreille vient rassurer le médecin et faire cesser les symptômes pénibles. C'est surtout à la suite de la diphtérie et de fièvres éruptives que se voient ces accidents vertigineux ; la pneumonie, les oreillons en sont aussi parfois la cause. Le syndrome de Ménière survient aussi au cours de l'otite de Voltolini, inflammation aiguë du labyrinthe, qui est une forme fruste de la méningite cérébro-spinale épidémique, et que pour cette raison nous observons fort peu en France : maladie grave qui aboutit à la surdi-mutité.

Mais ce qui est beaucoup moins connu, et beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, c'est le syndrome de Ménière, se reproduisant par accès à intervalle plus ou moins longs, au cours d'une affection chronique de l'oreille : Lannois en rapporte quatre observations des plus nettes. Dans ces cas, existe un vertige gyrotoire intense, pouvant projeter l'enfant à terre, s'accompagnant de vomissements et de bruits stridents dans les oreilles. Cependant les lésions auriculaires sont diverses : un cas d'otite moyenne chronique avec obstruction des trompes, deux cas d'ancienne otite suppurée ayant laissé des cicatrices, enfin un cas de lésion du labyrinthe.

Le diagnostic de la nature de ces accès vertigineux doit être fait avec grand soin ; ils peuvent être confondus avec des accès d'épilepsie, qui, chez l'enfant, se caractérisent surtout par du petit mal ; le pronostic est bien différent dans les deux cas, l'épilepsie étant incurable, tandis que le vertige labyrinthique cède assez facilement pendant l'enfance au traitement dirigé contre l'affection de l'oreille qui l'engendre. Le vertige épileptique se caractérise par l'absence de nausées et de vomissements, et surtout par la perte de conscience qui se produit très rarement dans le vertige de Ménière (type apoplectique).

Pourquoi cette rareté relative du vertige de Ménière chez l'enfant, chez qui cependant les affections de l'oreille sont plus fréquentes que chez l'adulte ? Le vertige de Ménière est consécutif à la compression exercée par le liquide labyrinthique sur les extrémités nerveuses dans les ampoules des canaux demi-circulaires ; or, chez l'enfant, ces nerfs échappent plus aisément à la compression, à cause de la plus grande largeur à cette âge des

aqueducs du vestibule et du limaçon ; c'est pour la même raison que les bourdonnements d'oreille sont si rares dans le jeune âge.

M. L.

**Endocardite infectieuse droite de nature pyohémique, consécutive à une otite suppurée,** par H. HUCHARD et LIEFFRING. (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, p. 893, 5 janvier 1893.)

Jeune femme de 20 ans ; depuis une semaine, céphalalgie intense, fièvre, anorexie ; on croit à l'existence d'une méningite tuberculeuse en raison des antécédents de famille, et en raison de la constatation de signe de ramollissement dans la fosse sus-épineuse droite. Au bout de cinq semaines apparaît un énorme phlegmon rétro-auriculaire ; incision d'un abcès profond s'étendant jusqu'aux régions latérales du cou ; malgré cela les accidents méningitiques s'aggravent de jour en jour, la malade succombe le 25 décembre, deux mois après le début de sa maladie.

A l'autopsie : otite moyenne suppurée, pas de lésion des cellules mastoïdiennes, mais thrombose suppurée de tous les sinus de la dure-mère, et des veines jugulaires internes ; endocardite infectieuse pariétale droite, la valvule étant saine, ce qui indique pourquoi la lésion du cœur resta méconnue pendant la vie. Dans le cas présent, les infarctus pulmonaires, résultant de l'endocardite droite, par leur localisation au sommet du poumon simulèrent la tuberculose pulmonaire.

M. L.

**Abcès intra-cérébral consécutif à une suppuration de l'oreille ; guérison,** par TERRILLON. (*Soc. de chirurgie*, Séance du 11 janvier 1893.)

Malade de 46 ans. A contracté en 1880 une grippe violente ; depuis lors persiste une otorrhée continuelle. En décembre 1890, douleurs vives dans la région temporale, s'exaspérant surtout la nuit avec tournoïement et tendance à la syncope. Pas d'arrêt de l'écoulement ; apophyse mastoïde normale. Au bout d'un mois de cet état, à la suite d'une crise très douloureuse, fièvre intense, puis coma. Trépanation au-dessus et en avant du conduit auditif externe ; incision de la dure-mère, qui est saine ; ponction avec une aiguille exploratrice enfoncée en haut et en arrière à une profondeur de cinq centimètres ; aspiration de trente gramme de pus ; incision large de l'abcès. Le jour même chute de la température ; le coma persiste encore trois jours ; à

la fin de la première semaine, contractures passagères du côté gauche ; le quinzième jour, le malade se lève, le vingt-cinquième la plaie est cicatrisée. La convalescence dure trois mois.

M. L.

**Un cas de mastoïdite primitive** par L. LACOMARRET. (*Annales de la Polyclinique de Toulouse*, p. 42, janvier 1893.)

Homme de 67 ans. Vient consulter en juin 1892 pour des douleurs vives, qu'il localise nettement à la région mastoïdienne droite : celles-ci ont débuté il y a deux mois, à la période terminale d'une pneumonie. Otite scléreuse bilatérale : mais le tympan droit n'est pas vascularisé et il n'existe aucun signe inflammatoire de l'oreille moyenne ; pas de tuméfaction à la région mastoïdienne. Révulsion énergique sur la mastoïde. Un mois après, 5 juillet, on constate un léger gonflement de la paroi postérieure du conduit auditif externe ; rien au tympan. Le 16 juillet, évacuation de pus par le conduit ; on découvre à un centimètre de profondeur l'orifice d'une fistule ; douleur moindre. Le 13 août, cet orifice se ferme ; la région mastoïdienne subit une tuméfaction rapide. Le 2 septembre le malade consent enfin à se laisser ouvrir son abcès ; pus épais, sortant en abondance ; le 18, la plaie opératoire est presque cicatrisée, les douleurs ont disparu. Le 29, attaque apoplectique, hémiplegie droite ; mort dans le coma.

L'inflammation primitive des cellules mastoïdiennes, niée par quelques auteurs, a été anatomiquement démontrée par Zaufal. L'observation actuelle vient à l'appui de son assertion.

M. L.

**Ouverture de la caisse du tympan par la méthode de Küster**, par A. POLITZER. (*Revue de laryng.*, n° 5, 1893.)

Le Dr Maurel publie une leçon du célèbre professeur de Vienne, à propos d'un traitement d'une otorrhée qui résista à l'ablation du marteau et à une trépanation de l'apophyse mastoïde.

Cette opération en mettant à jour une partie de l'apophyse mastoïde, l'antre mastoïdien, l'attique et toute la cavité de la caisse, permet de retirer de ces diverses parties des végétations, des granulations, de grosses portions de tissus dégénérés, des cholestéatomes, et de guérir le malade d'une façon complète et sans complication. Pour faire cette opération minutieuse,

l'auteur se félicite de s'être servi de petites lampes électriques grâce auxquelles il a pu facilement éclairer le champ si limité et si obscur de cette opération.

Le professeur Küster avait publié en 1889 les résultats de sa pratique pendant 10 ans. Sur un total de 44 opérés, il y eut 7 décès par causes diverses. Dans les cas heureux il y eut des résultats variables depuis la guérison complète jusqu'à une amélioration notable.

A. G.

## II. — NEZ ET SINUS

**La céphalalgie dans les affections du nez et du pharynx**, par  
BRESGEN. (*Revue de laryng*, 15 janvier 1893).

Symptôme fréquent des affections du nez et du pharynx, à des degrés variant d'un simple sentiment de compression jusqu'à une douleur violente avec accès. Elle ne coïncide pas le plus souvent avec une complète obstruction des passages respiratoires, mais elle est le plus fréquemment consécutive à un gonflement plus ou moins prononcé des parties supérieures, muqueuse du cornet moyen, méat moyen, cornet supérieur ; elle peut être provoquée aussi par une étroitesse naturelle du nez, coïncidant ou non avec des déviations de la cloison.

La céphalalgie peut encore être causée par des affections osseuses, ethmoïdales surtout, elle peut être encore la suite d'affections des sinus du nez par suite de la tuméfaction consécutive de la muqueuse voisine de ces cavités.

C'est encore en causant la tuméfaction de la muqueuse nasale que les affections du cavum pharyngien développent la céphalalgie.

Chez certains individus, la céphalalgie peut être la suite d'un état nerveux exagéré par les causes morales ou naturelles les plus variables.

Il n'est pas toujours facile par le siège de la céphalalgie de déduire le siège exact des localisations morbides, bien qu'on ait tenté de faire d'après cela des classifications. L'auteur recommande, à côté des moyens chirurgicaux, l'emploi, à l'intérieur, de la phénacétine.

A. G.

**Un microbe de l'ozène**, par ABEL. (*Centralblatt für Bakteriologie*, n° 5 et 6. Tome XIII, 1893).

Abel a découvert dans les sécrétions nasales des ozéneux un parasite spécial, qu'il croit être l'agent spécifique de l'ozène, bien qu'à la vérité les inoculations de ses cultures dans le nez des animaux n'aient jamais pu reproduire expérimentalement cette affection; cependant il l'a rencontré, mêlé à beaucoup d'autres parasites, dans le nez de tous les ozéneux (seize) qu'il a examinés à ce point de vue, tandis qu'au contraire il a toujours constaté son absence dans les produits de sécrétion des autres rhinopathies. C'est un gros bacille court, à extrémités arrondies, disposé en diplocoques ou en chaînettes, et souvent encapsulé. Il ressemble beaucoup au pneumobacille de Friedländer mais en diffère en ce qu'il ne forme pas de clou sur gélatine et tue la souris. Il ne prend pas le Gram. En culture aérobie, il exhale une odeur de malt fermenté, très différente de la puanteur du nez punais. Aussi Abel croit-il que cette dernière n'est pas fonction de son bacille spécifique, mais résulte de la fermentation secondaire du pus sécrété par la muqueuse, sous l'influence des nombreux saprophytes qui y végètent.

M. L.

**Traitements simples du catarrhe nasal**, par E. BIRMINGHAM. (*Med. record*, 15 juillet 1893).

B. montre l'importance qu'il y a pour les praticiens non spécialistes à savoir traiter le catarrhe nasal. Il recommande les applications d'une solution éthérée d'iodoforme et de tannin, les insufflations de stéarate de zinc.

A. F. P.

**Un cas d'hydrorrhée nasale**, par KEIPER. (*N.-Y. med. journal*, 22 juillet 1893).

Cette hydrorrhée très gênante paraissait due à une rhinite hypertrophique. Mais ni la destruction du tissu hypertrophié, ni la cocaïne, ni tous les moyens essayés pendant un mois n'amènerent d'amélioration.

K. conseilla de faire trois fois dans les vingt-quatre heures des pulvérisations avec une solution d'atropine au 300<sup>me</sup> environ, (deux grains pour une once d'eau). Dès le deuxième jour l'écoulement disparaissait. Il y eut au début quelques troubles oculaires mais qui se dissipèrent bien que le malade continuât l'emploi de la solution.

A. F. P.



**Guérison spontanée d'un papillome de la cloison nasale**, par JOHN DUNN. (*The New-York. med. journal*, 8 avril 1893).

Papillome du volume d'une fève arraché par le malade lui-même, le simple frottement du petit doigt ayant suffi.

A. F. P.

**Polypes nasaux de forme particulière**, par SPENCER WATSON. (*Medical society of London*, 24 avril 1893).

Il s'agit d'un homme de 50 ans, qui présentait une obstruction nasale complète depuis deux ans. A l'exploration digitale, on pouvait constater que le rhino-pharynx était rempli de polypes muqueux, bouchant complètement les orifices postérieurs des fosses nasales. L'ablation de ces tumeurs ne put se pratiquer qu'à l'aide d'un couteau circulaire introduit en suivant le plancher des cavités nasales. Les polypes ne présentaient pas la forme en poire qui leur est habituelle, ils étaient cylindriques et leurs prolongements digitiformes, fait qui s'explique par leur compression réciproque.

M.

**Corps étranger ayant séjourné vingt-sept ans dans le nez**, par le Dr ALFRED WARING. (*Brit. med. journ.*, 15 juillet 1893).

J. A., âgée de 31 ans, fut admise le 20 mai 1893 au "Nottigham general hospital": elle présentait une obstruction et un écoulement purulent de la narine gauche. Cette affection serait survenue, d'après la malade, à la suite d'une attaque d'influenza.

L'écoulement, d'abord aqueux, est devenu peu à peu purulent et fétide. La malade ne paraît entachée ni de tuberculose, ni de syphilis.

A l'examen rhinoscopique, on constate que la muqueuse de la narine gauche est comme nécrosée: la sonde révéla vers l'orifice postérieur la présence d'un corps étranger, qu'on put extraire à l'aide de la pince. Ce corps étranger était constitué par un noyau de cerise, entouré de matière calcaire.

La malade se rappela alors avoir introduit dans son nez, à l'âge de 4 ans, trois ou quatre noyaux de cerise, dont deux avaient pu être extraits. Depuis cette époque, jusqu'à ces deux dernières années, la malade n'avait présenté aucun symptôme d'affection nasale.

M.

**Occlusion congénitale de la narine droite par une lame osseuse,** par E. MAYER. (*New-York Eye and Ear Infirmary reports*, janvier 1893).

Un jeune homme de 17 ans présente une obstruction complète de la narine droite. On reconnaît d'abord une ecchondrose du septum qui fut enlevée. L'obstruction persistant, un examen plus attentif fit reconnaître la présence d'une lame osseuse placée en travers de l'ouverture nasale postérieure. Son ablation amena la guérison définitive.

H. DU F.

**Occlusion complète des deux narines par une membrane placée près de l'orifice externe,** par E. MAYER. (*New-York Eye and Ear Infirmary reports*, janvier 1893).

L'examen fit reconnaître que la cause de cette obstruction bilatérale provenait d'ulcérations spécifiques. La membrane avait une consistance cartilagineuse sans apparence de tissu cicatriciale.

Derrière, les narines étaient normales. L'ablation au galvanocautère amena la guérison.

H. DU F.

**Syphilis du naso-pharynx,** par LOUIS E. BLAIR. (*Medical record*, 15 avril 1893).

Etude générale de la syphilis nasopharyngée avec une observation personnelle de syphilis tertiaire du sphénoïde, chez un homme de 45 ans ayant eu le chancre 12 ans avant. Il existait une perforation du palais, de la cloison des fosses nasales, un écoulement purulent fétide, une nécrose limitée du sphénoïde des troubles cérébraux très inquiétants. Il fallut d'abord traiter la rhinite par des lavages chauds au permanganate de potasse au 2000<sup>me</sup>, des insufflations d'iodol. Puis le gonflement diminua, on put extraire un séquestre du sphénoïde par le nez. La perforation palatine facilita tellement l'opération et le drainage ultérieur que B. croit qu'une incision du voile du palais pourrait être justifiée dans un cas où il n'existerait pas de perforation spontanée. En cas d'ulcérations profondes des parties molles, les cautérisations à l'acide nitrique fumant, lui ont donné les meilleurs résultats. Un danger toujours à craindre, en pareil cas, est la soudure du voile du palais au nasopharynx.

A. P. F.

**La chirurgie du nez et des cavités accessoires**, par CHRISTOPHER HEATH. (*British med. journal.* décembre 1892).

L'auteur déclare que les chirurgiens s'entendent aussi bien en rhinologie que les spécialistes et qu'ils s'y montrent aussi habiles que ces derniers.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter cette opinion que dément l'expérience de chaque jour. La chirurgie du nez n'est certainement qu'une adaptation des principes de la chirurgie générale, mais encore faut-il reconnaître que l'habitude et l'exercice sont nécessaires dans une spécialité qui comporte des instruments particuliers et une technique manuelle appropriée.

Ceci posé, convenons que cet adversaire de la spécialité a beau jeu à attaquer les écarts d'imagination de certains spécialistes qui voient dans la rhinite hypertrophique, les éperons de la cloison, etc. l'origine de toute la pathologie.

Heath réprouve pour l'ablation des végétations adénoïdes l'usage des pinces coupantes recourbées, car, dit-il, leur emploi dans une région non visible peut léser le pharynx ou les trompes. Simple vue de l'esprit, croyons-nous, car bien des spécialistes distingués emploient les pinces de Læwenberg sans avoir à s'en repentir ou même à le regretter.

La pince est l'instrument de choix pour enlever les polypes, d'après M. Heath. On introduira l'index gauche à l'orifice postérieur des narines : ce doigt servira de guide à la pince. On nous permettra de préférer à ce procédé la simple ablation au serre-nœud.

Après un paragraphe consacré à l'étude des polypes nasopharyngiens, l'auteur trace l'histoire connue de la rhinite atrophique.

Il passe ensuite à l'empyème de l'antre d'Highmore, l'illumination de cette cavité, par le procédé de Heryng, ne lui inspire qu'une confiance limitée. La perforation aura lieu soit par l'alvéole, soit par la fosse canine.

M.

**Empyème aigu de l'antre d'Highmore**, par J. WOLFENSTEIN. (*N. Y. méd. journal*, 5 août 1893).

Cet empyème était d'origine nasale. Les lavages fréquents du nez avec des solutions alcalines et antiseptiques amenèrent en quinze jours la guérison. W. pense donc que dans les empyèmes

d'origine nasale on doit employer d'abord ce moyen simple de traitement et recourir seulement en cas d'échec à l'intervention chirurgicale.

A. F. P.

**Affections des sinus pneumatiques du nez**, par G. CALDWELL (*N.Y. med. journal*, 8 avril 1893).

Les affections des sinus pneumatiques du nez, surtout du sinus ethmoïdal et sphénoïdal, sont des causes fréquentes d'affections oculaires. Celles du sinus ethmoïdal entraînent surtout des conjonctivites, des lésions circulatoires intraoculaires, des asthénopies, celles du sinus sphénoïdal entraînent des névrites optiques et peuvent également retentir sur les nerfs moteurs de l'œil. Dans toute affection oculaire douteuse comme origine on doit donc examiner soigneusement et à plusieurs reprises le nez et les sinus voisins. — Le traitement sera dirigé par les mêmes règles : libre écoulement, drainage assuré comme celui des mastoïdites suppurées.

A. F. P.

**Un nouveau mode de perforation de l'antre d'Highmore**, par E. J. MOURE. (*Revue de laryng.* p. 59, 1893).

Le Dr Moure propose de percer la lamelle osseuse qui sépare le méat inférieur de l'antre au moyen du galvanocautère en remplacement du trocart explorateur de Lichtwitz. Après la percée, toujours très facile d'après lui par ce moyen, il place une canule pour faire l'injection.

A. G.

**Diagnostic des abcès du sinus maxillaire**, par M. LERMOYEZ. (*Semaine Médicale*, 1<sup>er</sup> février 1893).

Les abcès du sinus maxillaire ont toujours passé pour extrêmement rares et les meilleurs chirurgiens taxent encore d'exagération les rhinologistes quand ceux-ci proclament leur fréquence. La raison en est que jusqu'à ces dernières années pour diagnostiquer un abcès, on réclamait la triade symptomatique : gonflement de la joue, douleurs sous-orbitaires, pyorrhée nasale avec issue rapide de pus à l'extérieur ou dans l'orbite.

Ziern (de Dantzig), en 1886 montra l'extrême rareté de ces symptômes. Il établit que l'écoulement du pus par le nez était le plus souvent le seul signe de la sinusite et que dès lors l'*Empyème latent* du sinus maxillaire est extrêmement fréquent.

A la vérité l'enthousiasme emporta les rhinologistes à voir partout les abcès du sinus et il suffit qu'une goutte de pus séjourne dans le méat moyen pour que certains d'entre eux procèdent à l'ouverture de l'antre d'Higmore.

Lermoyez se propose à la fois de réagir contre les exagérations et de mettre en valeur chacun des signes fournis par l'examen du malade. C'est ainsi qu'il divise ces signes en trois grands groupes.

A. SIGNES DE PRÉSUMPTION. — Ils peuvent manquer ou tromper.

1° *Rhinorrhée unilatérale*. Ce signe manque dans les empyèmes doubles où l'écoulement de pus se fait, on le comprend, par les deux narines. Il fait également défaut dans l'accolement des lèvres de l'hiatus semilunaire avec écoulement du pus directement dans le cavum. — Il peut tromper : corps étranger, nécrose syphilitique.

2° *Intermittence de l'écoulement*. Ce signe manque quand l'écoulement étant très abondant le pus s'écoule d'une façon continue. — Il peut tromper quand un polype de l'infundibulum obstruant le canal ethmoïdonasal, le pus du sinus frontal s'écoule par intermittence.

3° *Douleurs sous-orbitaires*. Elles manquent quand les parois osseuses sont assez épaisses pour protéger les nerfs dentaires supérieurs ou sous-orbitaires. Ces douleurs sont plus souvent sus-orbitaires, produites alors par la coïncidence d'un empyème du sinus frontal.

4° *Cacosmie subjective*. Quand le pus trouve un facile écoulement au dehors, il est rarement fétide. De plus dans les vieilles sinusites il y a souvent coïncidence de polypes ou de rhinite hypertrophique qui émousse l'acuité olfactive. — Ce signe peut tromper ; il y a des gens atteints de parosmie essentielle avec intégrité du nez et des sinus.

5° *Carie des molaires supérieures*. L'empyème existe très souvent sans carie dentaire, quand il est d'origine nasale. — Que de molaires supérieures cariées sans sinusite !

6° *Présence du pus dans le méat moyen*. C'est le meilleur des signes de présomption. Pus épais, agglutiné entre les deux lèvres du méat moyen, le stylet en ramenant des grumeaux (Luc) ; une forte douche de Politzer faisant réapparaître le pus dans un méat nettoyé (Hartmann) ; ce pus présentant un reflet lumineux pulsatile (Schøeller, Walb) : ces signes réunis changent la présomption en quasi certitude. Mais comment par la seule inspection du méat moyen reconnaître si le pus vient du sinus

maxillaire, du sinus frontal ou des cellules ethmoïdales antérieures ?

Pour ce qui est des polypes du méat moyen, de la présence d'un bourrelet latéral hypertrophique, Lermoyez pense qu'il ne faut pas accorder à ces signes une grande valeur. Quant à la projection de la paroi du sinus dans le méat moyen, elle nécessite une accumulation de pus sous pression dans les sinus, ce qui n'a pas lieu dans l'empyème latent.

En résumé, tous les signes énumérés jusqu'ici, dissociés ou associés, peuvent faire soupçonner mais non affirmer la présence d'un abcès du sinus.

**B. SIGNES DE PROBABILITÉ.** — Ici nous serrons de plus près le diagnostic. Lermoyez propose de donner provisoirement aux signes qu'il va décrire les noms des auteurs qui les ont signalés les premiers. On aura ainsi : 1° Le signe de Fränkel. 2° Le signe de Heryng.

1° *Signes de Fränkel.* — Le méat moyen est détergé de son pus avec soin : on attend quelques instants et la suppuration ne se produit pas. On prie alors le malade d'incliner fortement la tête en bas et en avant pendant une ou deux minutes. Puis le malade ayant redressé la tête, si le pus reparait c'est qu'il sortait du sinus maxillaire. Voici l'explication de ce fait. Lorsque le malade porte la tête en bas, les cavités du sinus frontal, celles des cellules ethmoïdales, se trouvent momentanément situées *au-dessous* de leurs orifices d'écoulement. Mais l'orifice du sinus maxillaire qui est dans la position normale de la tête, droit au-dessus de la cavité, ici, se trouve placé au-dessous, d'où facilité d'écoulement. Quand le pus apparaît, c'est un signe certain. Mais il peut dans certains cas rares ne pas apparaître bien qu'il y ait empyème de l'antra d'Higmore. Par exemple dans le cas où le malade en se mouchant ou en éternuant a vidé son sinus quelques instants avant l'examen. Parfois aussi la partie antérieure de la gouttière semilunaire a pu être transformée en canal fermé et alors le pus fuse directement dans le cavum. Dans d'autre cas enfin l'ostium maxillaire est trop étroit pour laisser pénétrer l'air nécessaire au remplacement du pus. Celui-ci ne peut sortir que peu à peu lorsqu'il est chassé par un excès de pression.

2° *Signe de Heryng.* — Il consiste dans l'éclairage des cavités au moyen de la lampe électrique placée dans la bouche. C'est un des meilleurs, mais non le meilleur des signes. C'est en tous cas un excellent moyen d'assurer le diagnostic hésitant.

Lermoyez insiste sur ce fait qu'a bien établi Ruault à savoir que dans l'empyème, lorsqu'on pratique l'épreuve de Heryng, la paupière inférieure forme toujours un croissant obscur, le pus venant se coller à la voûte du sinus par aspiration quand le malade se mouche.

C. SIGNES DE CERTITUDE. — C'est la constatation de visu du pus dans le sinus au moyen d'une ponction exploratrice et du lavage-explorateur. Lermoyez fait cette ponction dans le méat inférieur à trois centimètres de l'entrée des narines. Il se sert d'un trocart courbe dont il retire la tige après enfoncement et auquel il adapte une canule avec une seringue contenant 4 à 5 grammes de liquide antiseptique. Ce liquide injecté dans le sinus, puis aspiré, on constate s'il est ou non mélangé de pus.

F. H.

**Empyème du sinus frontal; trépanation, guérison par première intention,** par VALUDE. (*France médicale*, p. 34, 20 janvier 1893).

Suivant Panas, l'empyème du sinus frontal, ouvert par l'extérieur, peut être traité de trois façons: bourrage antiseptique de la cavité, ce qui occasionne des douleurs vives en donnant lieu à la rétention du pus; drainage orbital; drainage fronto-nasal. Ce dernier procédé, recommandé par Panas et Guillemain, n'amène la guérison qu'après plusieurs mois. Or, V. pense que ce drain, étranglé dans le canal fronto-nasal, sert plutôt à faciliter l'infection du sinus par les germes venus de l'extérieur, qu'à le désinfecter par des irrigations forcément défectueuses. Aussi, chez le malade dont il rapporte l'observation, a-t-il cherché à éviter ce drainage prolongé; après une large trépanation, il pratique le curettage de la cavité, puis la lave abondamment au sublimé: cela fait, il suture les plaies laissant seulement un double drain. Cinq jours après, il supprime le drain: bientôt la guérison est complète: elle a demandé à peine deux semaines.

M. L.

**Note sur un signe de la suppuration des cellules ethmoïdales antérieures,** par A. RUULT. (*Archives intern. de laryngologie*, p. 4, janvier-février 1893).

Quand on éclaire avec une vive lumière, la face par transparence, selon la méthode de Voltolini-Heryng, on constate chez l'adulte dont les sinus sont sains, et dont le squelette ne présente pas de notable malformation, un certain nombre de zones

plus fortement éclairées que les régions voisines ; ainsi, au-dessus des joues, demeurant assez sombres, se montrent deux croissants lumineux répondant aux paupières inférieures. De plus, de chaque côté, au niveau des os propres du nez, on constate une zone claire, irrégulièrement ovalaire, un peu moins éclairée pourtant que la paupière voisine. Pour bien voir ces zones claires, il faut placer la lampe, non pas sur la partie médiane du dos de la langue, mais latéralement, sous le plancher d'un sinus maxillaire. Chez les individus à nez étroits, la lumière de la lampe, placée en situation médiane, peut, après avoir traversé la voûte palatine, être arrêtée dans le nez, par les saillies des cornets, principalement du cornet inférieur ; mais si la lampe est latéralement située, les rayons arrivent à la région de l'os propre du nez en traversant le sinus maxillaire et les cellules ethmoïdales antérieures.

D'après R. la constatation de l'obscurité de l'os propre du nez chez un sujet présentant un écoulement purulent par le méat moyen en même temps que de la translucidité du sinus maxillaire correspondant, est un élément de diagnostic de haute valeur ; elle permet, non pas d'affirmer, mais de présumer que la suppuration siège au niveau des cellules ethmoïdales antérieures.

M. L.

### III. — BOUCHE ET PHARYNX

**Le bourrelet palatin.** par NACKE. (*Neurol. Centralblatt*, n° 12 d'après le *Bulletin médical*, 30 juillet 1893, n° 61, p. 730).

Sous le nom de bourrelet palatin (*torus palatinus*), on désigne un épaississement de la région médiane de la voûte palatine. Ce bourrelet est très variable comme dimensions et forme, et les variétés peuvent se résumer en deux principales : la variété large, dont la largeur dépasse dix millimètres et la variété étroite. Cette saillie est d'ailleurs souvent inégale, parfois blanchâtre ; on y aperçoit des vaisseaux et elle est quelquefois parcourue par un sillon médian peu profond.

N. a recherché ce bourrelet chez 1,179 femmes et 270 hommes, dont le plus grand nombre étaient atteints de maladies nerveuses ou mentales (épileptiques, idiots, criminels.) Il l'a trouvé chez 22 0/0 des individus examinés, plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Plus les individus s'éloignaient de la normale au point de vue mental et moral, plus ce



signe était fréquent. Il le considère comme un symptôme de dégénérescence.

Le bourrelet palatin ne semble pas être en rapport étiologique avec la syphilis, mais plutôt avec les troubles du développement et surtout le rachitisme. On le trouve dès avant la naissance. Il est fréquent dans l'enfance. Il n'est pas démontré qu'il apparaisse ou disparaisse plus tard.

Ce signe de dégénérescence n'a pas par lui-même plus de signification que les autres, c'est-à-dire que, isolé, il n'a pas d'importance. Il n'a de valeur que par son association avec d'autres, et alors il peut servir à faire admettre un état anormal du système nerveux, dont il ne saurait cependant démontrer l'existence.

**Rhumatisme de la gorge**, par W. C. BRAISLIN. (*N. Y. med. journal*).

Sur 50 rhumatisants de 8 à 63 ans examinés, 5 seulement n'avaient aucune affection amygdalienne ou pharyngée. Le type du catarrhe était presque toujours la forme hypertrophique. Trois malades au-dessous de treize ans, rhumatisants héréditaires avaient tous trois des végétations adénoïdes, on comptait trois cas de laryngite, deux d'allongement de la luette, trois d'otite moyenne catarrhale.

A. F. P.

**Fréquence des affections de la gorge dans les écoles de New-York**, par M. VINTON. (*Med. record*, 17 juin 1893.)

Sur 550 enfants examinés, 20 0/0 seulement avaient la gorge normale, 60 0/0 avaient des végétations adénoïdes, 20 0/0 de l'hypertrophie des amygdales. Les deux affections coexistaient simultanément dans 12 0/0 des cas. Le nombre des cas de luette bifide était considérable. Quatre avaient une division complète s'étendant jusqu'aux fibres transversales du palais. Chez un enfant il existait une perforation du pilier antérieur consécutive à un abcès scarlatineux.

A. F. P.

**Le massage dans les affections de la gorge et du nez**, par W. FREUDENTHAL. (*Med. record*, 22 juillet 1893).

F. employa avec succès le massage vibratoire électrique dans le coryza aigu, la rhinite chronique hypertrophique, l'hypertrophie des cornets, l'hyperémie généralisée de la muqueuse, le

catarrhe atrophique, la fièvre de foin. Il a traité en tout 400 malades et obtenu de bons résultats dans des cas souvent désespérés.

A. F. P.

**Le traitement des abcès rétropharyngiens.** discussion de la New-York Academy of Médecine. (*Medical record*, 21 janvier 1893).

Willy Meyer regarde l'incision buccale dans les abcès rétropharyngiens comme insuffisante au point de vue antiseptique et préconise l'incision par le cou surtout en cas d'abcès tuberculeux liés au mal de Pott. Il a opéré quatre cas avec succès.

Whitmann admet cette conduite dans les abcès du mal de Pott.

Beck l'admet aussi. Il fait même pour que le drainage soit plus complet une contreouverture du côté opposé.

Lilienthal a adopté cette opération. Il fait l'incision le long du trapèze et ne se sert que d'instruments mousses, la peau et le fascia une fois incisés.

Van Brisdale croit que dans les abcès aigus de l'enfance, l'incision buccale plus facile, moins effrayante, n'exigeant pas le chloroforme et donnant d'ailleurs la guérison en deux ou trois jours sera toujours préférable.

A. F. P.

**Un cas de mycose généralisé au pharynx, naso-pharynx, base de la langue et larynx.** par LABIT. (*Revue de laryngol.*, 1<sup>er</sup> mars 1893 p. 108).

Ce cas observé chez une femme de 28 ans était remarquable par la dissémination de la lésion. La malade très sujette aux maux de gorge, tombe au moment de cette dernière atteinte, dans un état de faiblesse excessif. L'affection des amygdales présentait surtout à droite de véritables nids de matière blanche, à gauche les points blancs sont moins confluent, la paroi latérale gauche du pharynx et les deux piliers antérieurs sont aussi tapissés de ces points blanchâtres. Le tissu adénoïde de la base de la langue présente 10 à 12 points d'envahissement, on en voit aussi sur le bord de l'épiglotte et à la région aryénoïdienne, où existent de véritables plaques. Les points blancs ressemblent à de petites houppes et autour d'eux la muqueuse est saine. Ces houppes sont très adhérentes à la muqueuse. Le traitement consiste en frictions avec un liquide composé de chlorure de zing 45 gr., eau distillée 25 gr., ioduré de potassium 70 gr., iode 4 gr. Malgré la

disparition des plaques sous l'influence de ces frictions, l'état général de la malade ne se modifia pas et elle disparut.

L'auteur fait connaître ensuite quelques moyens de diagnostic d'avec l'angine pultacée, la tonsillite folliculaire, la pharyngite granuleuse, le muguet, la diphthérie.

De l'angine pultacée on la reconnaît par l'absence de fièvre et en ce que cette maladie ne se présente jamais sur la base de la langue, enfin dans l'angine herpétique, l'auréole inflammatoire existe, elle ne se produit pas dans la pharyngo-mycose.

D'avec l'amygdalite folliculaire par le caractère des concrétions plus adhérentes de la pharyngo-mycose.

D'avec le muguet, par le siège qui est plutôt le bord de la langue que la base et le détachement plus facile des plaques du muguet.

A. G.

**Leptothrix mycosis pharyngien**, par E. KRAUS. (*Bulletin médical*, 15 mars 1893).

Dans certaines conditions le leptothrix buccalis détermine la mycose pharyngienne. Le parasite tend à pénétrer les couches profondes de la muqueuse, les glandes et les follicules.

La base de la langue, les amygdales présentent, des taches blanches, saillantes acuminées, contenant des filaments colorés en bleu par la solution iodo iodurée.

L'absence de fièvre, la multiplicité des points jaunâtres, leur forme acuminée, font distinguer les taches mycosiques, des angines blanches aiguës, des plaques diphtériques, syphilitiques, les granulations tuberculeuses.

Leur adhérence, leur faible dimension ne permettent pas de les confondre avec les bouchons muqueux des lacunes de l'amygdale, et les élévations larges, plates, qui caractérisent les kystes de rétention des amygdales.

On doit faire le diagnostic le plus tôt possible pour réussir dans le traitement.

Au début les agents antiseptiques ordinaires suffisent. Mais plus tard, le seul procédé pouvant réussir consiste, dans l'arrachement de chacun des nodules mycosiques, suivi de la cautérisation au galvano-cautère.

F. H.

## IV. — LARYNX ET TRACHÉE

**Périchondrite primitive du Larynx avec destruction des cartilages. Trachéotomie. Mort sept mois après,** par S. MAYRR. (*New-York Eye and Ear Infirmary reports*, janvier 1893).

Observation bien détaillée d'un cas rare. Aucune cause bien nette n'a été relevée. Il y eut une abondante suppuration. On fut obligé de pratiquer la trachéotomie en février 1885, et le malade mourut en juillet de l'année suivante.

H. DU F.

**Abcès du larynx,** par PRICE BROWN. (*Med. record*. 12 août 1893).

1° Abcès du larynx chez un homme de 50 ans paraissant consécutif à une laryngite aiguë. Pas de syphilis. B. en présence des troubles respiratoires proposa soit des scarifications, soit la trachéotomie. L'opération ne fut pas acceptée immédiatement. Le surlendemain le malade mourait subitement. A l'autopsie foyer purulent au niveau du cricoïde avec infiltration diffuse de la portion sus glottique du larynx, l'épiglotte étant indemne. Pas de bacilles tuberculeux.

2° Abcès idiopathique chez un homme de 42 ans avec infiltration diffuse, guéri après une série de ponctions et de scarifications soit sur l'épiglotte, soit dans l'espace sus-glottique, soit sur les replis aryéno-épiglottiques. B. a pu réunir 42 cas de ces abcès survenant sans cause bien déterminée ordinairement par le froid. Ils sont beaucoup plus graves chez l'enfant où ils sont méconnus et rarement opérés. Une statistique de Richard montre la nécessité de l'intervention: Cette statistique donne 9 morts sur 10 cas traités par les moyens médicaux, 1 seule mort sur 10 autres cas opérés.

A. F. P.

**Traitement des sténoses du larynx chez l'adulte,** par SIMPSON. (*Med. record*. 15 avril, 1893).

S. rapporte cinq cas de sténoses membraneuses du larynx chez l'adulte traitées avec succès par l'intubation suivant la méthode de O. Dwyer. Dans le premier cas la pression du tube sembla exercer une influence très favorable sur la résorption d'une masse irrégulière végétante granuleuse qui avait résisté au traite-

ment spécifique avant l'intubation. Dans le deuxième cas le diagnostic resta indéterminé ; le diagnostic le plus probable était une arthrite chronique syphilitique ou rhumatismale des articulations aryténoïdiennes avec gonflement sous muqueux au niveau des cordes vocales. — Dans le troisième cas il s'agissait d'une sténose chronique syphilitique, dans le quatrième d'une paralysie bilatérale des abducteurs, dans le cinquième d'une sténose consécutive à une fracture. La tolérance est assez variable. Les inhalations humides sont utiles pour empêcher l'obstruction du tube par le mucus desséché. La gêne de la déglutition est fréquente. Parfois il suffira de faire manger le patient couché, la tête plus basse que le reste du corps. Parfois il faudra recourir à la sonde œsophagienne ou aux lavements alimentaires. A. F. P.

**Corps étranger du larynx**, par P. WATSON WILLIAMS, laryngologiste à l'Infirmierie royale de Bristol. (*Brist. med. journal*, avril 1893).

Un ouvrier de 30 ans se présenta dans la nuit à l'infirmierie : il avait placé dans sa bouche un « souverain » qui avait glissé jusque dans sa gorge et le gênait pour respirer. Le médecin de garde ne découvrit rien dans le larynx et sonda l'œsophage sans succès. Le lendemain, le malade était aphone, mais non dyspnéique.

A l'examen laryngoscopique, on put constater que le souverain se trouvait dans l'espace glottique, qu'il obstruait presque complètement : ses bords étaient logés dans les ventricules de Morgagni. Comme l'orifice de ces cavités ne s'étend en arrière que jusqu'au niveau du tiers postérieur des cordes, un faible espace glottique était conservé pour la respiration. L'adduction des cordes était impossible. L'usage de la pince laryngée était ici inutile et même dangereux, car elle aurait pu facilement enfoncer le corps étranger dans la trachée.

Le malade fut chloroformisé, dans le but de pratiquer la trachéotomie ; mais dans les efforts du malade soumis à l'anesthésie, la pièce de monnaie se délogea et tomba dans le pharynx.

M.

**Kyste du larynx chez une femme de quatre-vingts ans : extirpation endolaryngée ; guérison**, par le Dr HUNTER MACKENZIE (*Brit. med. journ.*, 3 décembre 1892).

Madame M., âgée de 80 ans, consulta l'auteur en août 1892 pour une violente dyspnée accompagnée d'aphonie. Cet état

remontait à cinq ou six mois, mais la dyspnée avait augmenté graduellement. A l'examen laryngoscopique, on pouvait apercevoir une grosse tumeur, masquant complètement la corde gauche, en partie la corde droite et obstruant presque l'orifice glottique. Ce néoplasme était lisse, rouge, mobile et dissimulé partiellement par l'épiglotte. Il semblait avoir son point d'implantation dans le ventricule gauche.

L'auteur put extraire cette tumeur à l'aide de la pince rectangulaire, antéro-postérieure de Mackenzie : elle était constituée par un kyste à capsule fibreuse et pédiculé.

La dyspnée disparut immédiatement et la voix se rétablit peu à peu.

M.

**Laryngite striduleuse ou spasme de la glotte ; mort en trois heures,** par R. F. GREENE. (*Medical news*, 3 décembre 1892).

Enfant de 9 ans, sujet au faux croup depuis son enfance. Se couche un soir à neuf heures, ayant été très bien portant pendant la journée ; se réveille à onze heures en proie à un spasme de la glotte intense et meurt à une heure.

M. L.

**Aphonie hystérique avec conservation de la voix chantée,** par HARRISON GRIFFIN. (*N. Y. med. journal*, 20 mai 1893).

H. a observé deux cas, l'un chez l'homme l'autre chez la femme, d'aphonie hystérique mais avec conservation complète de la voix chantée. L'homme qui faisait abus de café guérit facilement par la suppression de café, le bromure, la suggestion. — Chez la femme les traitements médicaux restèrent impuissants, mais, en utilisant la conservation de la voix chantée, on parvint peu à peu à la faire parler de façon distincte.

A. F. P.

**Retour de la voix après une laryngectomie totale.** par H. S. WETHERILL (*Medical record*, 8 juillet 1893).

S. Wetherill présente à la medical society of New Jersey un malade à qui « Solis Cohen a fait l'ablation complète du larynx avec les cordes vocales et qui néanmoins a recouvré la voix ou plutôt un murmure léger mais distinct. Le tube à trachéotomie était placé exactement au-dessus du sternum ». Pas d'autres détails sur ce fait si singulier.

A. F. P.

**Des injections intra-laryngées de gaiacol et de menthol dans le cas d'expectoration fétide**, par JAMES Mc NAUGHT. (*Brit. med. journ.* 24 juin 1893.)

Une femme de 50 à 60 ans, avait été atteinte plusieurs fois déjà de bronchite. Elle présenta récemment une attaque d'influenza avec fièvre, douleurs dans les membres et bronchite généralisée. On pouvait constater en outre de la matité et de la crépitation au niveau de la base du poumon gauche : les crachats étaient spumeux, et légèrement rouillés. Au bout d'une dizaine de jours, les symptômes locaux s'amendèrent, mais la maladie complètement anorexique, resta affaiblie et prostrée. Quatre semaines après le début de la maladie, on constata la fétidité de l'haleine.

Chaque matin, après une violente quinte de toux, la malade expectorait une quantité de liquide gris-jaunâtre et fétide ; l'expectoration de la journée était au contraire plutôt aqueuse.

L'examen stéthoscopique n'amena aucun résultat ; on ne trouva pas non plus de bacilles dans les crachats ; on n'y constata que la présence de nombreuses cellules de pus et quelques fragments de tissu élastique.

Le diagnostic resta indécis : l'auteur pensa soit à un abcès profond du poumon, soit à une dilation des bronches. Toujours est-il que le traitement de ce cas par les injections intra-laryngées réussit parfaitement non-seulement en diminuant la quantité et la fétidité de l'expectoration, mais en abaissant la température et en améliorant l'état général.

On injectait chaque jour dans le larynx environ deux grammes de la solution suivante :

Gaiacol . . . . .	2 grammes.
Menthol. . . . .	10 grammes.
Huile d'olives. . . . .	240 grammes.

La malade prenait en outre quotidiennement trois des pilules suivantes :

Iodoforme . . . . .	}      aaa 0,12
Créosote . . . . .	
Croton chloral hydraté. . . . .	
	centigrammes.

Après deux ou trois injections, la fétidité disparut presque et l'expectoration diminua notablement. Au bout de quinze jours,

fétidité et expectoration cessaient. L'état général s'améliora, et en six semaines, la patiente entra en convalescence.

L'auteur a obtenu un résultat aussi satisfaisant dans un cas de bronchite, avec soupçon de tuberculose.

M.

**Une épingle dans la trachée**, par H. CARDUELL. (*Med. record*, 10 juin 1893).

L'épingle fut avalée le 18 janvier 1893 et tolérée pendant 25 jours, déterminant pourtant un peu de toux surtout la nuit, de gêne, quelques crachats sanguinolents. Il fut impossible de l'apercevoir au laryngoscope et les accidents n'appelaient aucune intervention. Le 23 avril, expulsion spontanée dans un violent accès de toux.

A. F. P.

**Leçons sur la chirurgie des voies aériennes et du thorax chez l'enfant**, par BERNARD PITTS. (*Brit. med. journ.* 15 juillet 1893).

Ces leçons ont été faites au collège royal des chirurgiens ; l'auteur ne parle que des faits cliniques qu'il a pu observer à l'hôpital.

a) *Brûlures de la gorge et du larynx*. — Assez fréquentes chez les enfants des classes pauvres. L'âge moyen est 3 ans.

De 1872 à 1893, 78 cas furent observés à St-Thomas, suivis de 15 morts. La cause la plus fréquente de ces accidents est la déglutition de liquides bouillants.

Sur ces 78 cas, la trachéotomie ou l'intubation furent nécessaires 23 fois. Huit enfants guérissent après la trachéotomie, et trois après l'intubation.

L'intubation est destinée à prendre la place de la trachéotomie dans la grande majorité des cas d'œdème après brûlure.

b) *Compression de la trachée*. — Cette lésion peut être causée chez les enfants par un abcès, un goître, l'hypertrophie glandulaire, un corps étranger de l'œsophage. Un abcès du cou produisant la compression trachéale est le plus souvent rétro-pharyngien. L'incision cervicale sera pratiquée de préférence à l'incision par la voie buccale.

c) *Papillomes du larynx*. — Il existe cinq procédés de traitement de cette affection.

1° L'extirpation endo-laryngée, presque toujours impraticable chez l'enfant.



2° L'intubation, mauvaise méthode, car le néoplasme irrité par le contact du tube pourra saigner ou s'enflammer, conditions défavorables pour une intervention ultérieure.

3° Trachéotomie permettant au malade de porter la canule pendant une longue période, dans l'espoir de la régression spontanée des tumeurs. L'auteur a suivi quelques cas ainsi traités et n'a jamais observé la disparition des tumeurs.

4° Trachéotomie, suivie de la thyrotomie avec extirpation du néoplasme. Excellente opération. On curette les papillomes, et l'on touche légèrement leur point d'implantation avec une fine pointe du thermo-cautère de Paquelin.

5° On peut pratiquer enfin dans la même séance la trachéotomie et la thyrotomie.

d) *Intubation dans la diphthérie.* — Opération peu répandue en Angleterre, à cause de sa difficulté relative. L'auteur pense que l'intubation ne produit pas de meilleurs résultats que la trachéotomie ; et qu'on ne se décidera pour l'une ou pour l'autre de ces interventions que d'après les conditions suivantes.

Dans les cas très malins, si l'on a lieu de craindre que le contact du tube n'ulcère une muqueuse en mauvais état, on se décidera pour la trachéotomie.

D'autre part, la trachéotomie au-dessous de deux ans est tellement grave que l'intubation est un procédé à utiliser, si le larynx seul est affecté.

M.

## V. — OESOPHAGE, CORPS THYROÏDE, ETC.

**Corps étranger de l'œsophage. Abscès consécutif. Mort,** par le Dr RACHET (de Honfleur). (*L'année médicale de Caen*, n° 3, p. 43, 15 mars 1893).

Il s'agit d'un fragment d'os de gigot, avalé gloutonnement, qui s'implanta dans la partie supérieure de l'œsophage au niveau du cricoïde et s'enfonça dans le médiastin ; d'où résulta un emphysème sous-cutané étendu à tout le cou et à la partie gauche de la face ; et plus tard un vaste abcès péri-œsophagien qui, au lieu de s'ouvrir par les voies naturelles, fusa le long du bord antérieur du poumon gauche pour faire irruption dans la cavité pleurale. La mort survint sept jours après le début des accidents, au milieu des symptômes de pyohémie.

M. L.

**Nouvelles recherches sur les organes thyroïdiens des rongeurs,**  
par H. CRISTIANI. (de Genève). (*Bulletins de la Société de biologie*, 1893, p. 4).

En présence du rôle important que les travaux de Gley font jouer à ces petits organes, il est intéressant de suivre les recherches des divers auteurs à ce sujet. L'auteur de cette communication décrit minutieusement ces glandules chez les rongeurs (rats, souris, campagnols). Elles ne sont pas, comme chez le lapin (Gley), en dehors du corps thyroïde, c'est sur les côtés de la glande que Cristiani les a rencontrées chez les rongeurs, pouvant se confondre avec le corps thyroïde ou en être tout à fait séparées. C'est aux dépens des bourgeons médians que se développent ces glandules.

L'auteur se propose d'étudier plus complètement ce sujet.

A. G.

**Glandes et glandules thyroïdes du chien,** par E. GLEY. (*Bulletins de la Société de biologie*, février 1893, p. 217).

Le Dr Gley continue dans cette séance le cours de ses recherches anatomiques sur la présence des glandules accessoires de la glande thyroïde. Après les avoir décrites sur le lapin, il les a rencontrées sur le chien et chez 33 animaux d'espèce variable. Ces glandules situées en dehors de la glande thyroïde, à sa partie supérieure, peuvent être parfaitement distinctes de la glande thyroïde à laquelle elles sont quelquefois plus accolées. L'auteur décrit minutieusement leur situation et leur aspect.

Il rappelle à ce sujet les recherches simultanées faites par Sandström, Cristiani et lui, à ce propos, chez des animaux différents, le lapin, le chien, le rat, le cheval, le bœuf et enfin chez l'homme où Chantemesse et Marie ont signalé la présence de ces glandules accessoires à une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

A. G.

**Nature des glandules thyroïdiennes du chien,** par GLEY et PHYSALIX.  
(*Bulletins de la Société de biologie*, février 1893, p. 219).

Etude histologique et embryologique des glandules du chien découvertes par Gley. Structure analogue à celle de la glande thyroïde; sur les coupes, la coloration est plus vive que celle du tissu de la glande thyroïde. A un faible grossissement amas

lobulés, séparés par des espaces clairs, indice du bourgeonnement primitif. Ces amas sont constitués par des cellules embryonnaires serrées l'une contre l'autre. Pas de vésicules thyroïdiennes ni de substance colloïde.

A. G.

**Sur la fonction thyroïdienne**, par G. MOUSSU. (*Bulletins de la Société de biologie*, mars 1893, p. 280).

Le Dr Moussu, dans une note communiquée à la Société de biologie, conteste l'importance des glandules accessoires trouvées chez le lapin et le chien. Il ne comprend ni n'accepte les fonctions de suppléance de ces organes, dont il nie l'analogie de structure avec celle de la glande thyroïde. Il croit que ces organes ne sont autre chose que des vestiges du thymus. A l'appui de son opinion sur l'impossibilité de la suppléance de la glande thyroïde par ces glandules, il présente des coupes de ces glandes hypertrophiées à la suite de la thyroïdectomie et dans lesquelles il n'a jamais vu remarquer la similitude de structure entre les deux glandes. Il ne nie pas le fait de leur hypertrophie après la thyroïdectomie, mais il n'y voit pas la conséquence d'une action suppléante. Il ne comprend pas du reste que la conservation des glandules n'amène pas chez le lapin des suites quel'on n'observe pas chez le chien, par exemple.

A. G.

**Remarques sur la communication de M. Moussu**, par GLEY. (*Bulletins de la Société de biologie*, mars 1893, p. 283).

Gley répond à la critique de Moussu, que les résultats de ses expériences chez les lapins thyroïdectomisés, suivant que l'on extrait ou que l'on maintient les glandules, ne permettent aucun doute sur la suppléance de la glande thyroïde par les glandules, mais que la discordance expérimentale, entre le lapin et le chien, vient de ce que chez ce dernier on n'a pu jusqu'ici isoler les glandules de la glande thyroïde où elles se trouvent enclavées.

Si le maintien des glandules dans les expériences ne prévient pas toujours la possibilité du myxœdème, elle n'en conjure pas moins l'explosion des accidents aigus immédiats après l'opération.

A. G.

**Note sur quelques altérations de divers organes chez les chiens thyroïdectomisés**, par HASKOVEC, (de Prague.) (*Bulletins de la Société de biologie*, mars 1893, p. 357).

L'auteur a fait ces recherches dans le laboratoire de Cornil. Les animaux chez lesquels ces examens ont été faits ont succombé

2 jours après l'opération. Les altérations ont été rencontrées dans les reins, la rate, le foie, les poumons ; il y avait dans tous ces organes une tendance aux hémorrhagies d'autant plus prononcée que l'animal avait survécu plus rapidement ; dilatation des vaisseaux, sortie des éléments figurés du sang, voilà quel était l'ensemble des lésions.

A. G.

**De la polypnée chez les chiens thyroïdectomisés, par GLEY.**

(*Bulletins de la Société de biologie*, mai 1893, p. 515).

La polypnée est un accident qui accompagne habituellement les températures élevées (polypnée thermique de Ch. Richet), mais Gley l'a vu aussi survenir dans des cas où la température était relativement basse (39°) chez des chiens thyroïdectomisés ; il n'y avait pas toujours dans ces cas une relation proportionnelle de la polypnée avec la fièvre. L'auteur appelle alors la polypnée *toxique* ; il pense qu'elle est dans ce cas sous l'influence de l'excitation bulbaire produite par les substances toxiques qui se trouvent dans le sang des animaux opérés.

A. G.

**Les glandes parathyroïdiennes de l'homme, par CHANTEMESSE et RENÉ MARIE.** (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 23 mars 1893, p. 202).

Beaucoup d'individus survivent à l'extirpation ou à la destruction du corps thyroïde, chez lesquels il ne se produit pas consécutivement à l'opération, de cachexie strumiprive ; une suppléance fonctionnelle s'établit dans ces cas grâce à l'hypertrophie compensatrice de la glande pituitaire ou des glandes thyroïdes accessoires.

Sandström, en 1880, a le premier étudié, sous le nom de glandes parathyroïdiennes, les petites glandes qui se trouvent dans le voisinage du corps thyroïde, chez l'homme et chez les animaux. Chantemesse et René Marie confirment la découverte de l'anatomiste suédois. On rencontre constamment, au niveau du bord postérieur de chaque lobe du thyroïde, deux groupes de glandules ; le groupe inférieur est formé de deux ou trois petites glandes disséminées autour de l'artère thyroïdienne inférieure au moment où elle plonge dans le corps thyroïde ; le groupe supérieur n'est le plus souvent représenté que par une seule glande.

dule, visible au point de pénétration de l'artère thyroïdienne supérieure. Cette glandule peut être absente.

Ces glandes sont situées très près du corps thyroïde, dans sa capsule, ou dans le tissu cellulo graisseux environnant. Elles ont même couleur que la glande principale et sont légèrement lobulées ; un petit pédicule vasculaire les relie aux vaisseaux thyroïdiens. De forme variable, lenticulaire, réniforme, elles varient du volume ordinaire d'un grain de blé à parfois celui d'une lentille ; les petites glandes offrent histologiquement l'aspect d'une glande thyroïdienne embryonnaire évoluant vers le type thyroïdien adulte ; mieux vaut donc les appeler avec Sandström glandes parathyroïdiennes que glandes thyroïdes accessoires.

Le chirurgien doit prendre grand souci de laisser ces glandules en place, quand il pratique l'extirpation du corps thyroïde. Aussi l'énucléation sou-capsulaire, qui les ménage, est le mode opératoire le plus légitime.

M. L.

**Exothyropexie, par PONCET. (Bulletin médical, n° 22, 19 mars 1893).**

Cette opération consiste dans l'exposition et la fixation au dehors de la tumeur thyroïdienne. On détermine ainsi l'atrophie de la masse. Cette opération est surtout indiquée dans le goître suffocant.

*Premier temps.* — On pratique l'incision de l'os hyoïde à la fourchette sternale. On franchit l'interstice musculaire médian avec la sonde cannelée, puis avec les doigts on explore les limites et les adhérences de la tumeur.

*Deuxième temps.* — Séparation de la glande thyroïde d'avec la couche celluleuse environnante. On le fait avec le doigt *seul* qui fait office de détache-tendon. On amène ainsi entre les bords de la plaie le tissu thyroïdien.

*Troisième temps.* — Le goître luxé à travers la boutonnière cutanée musculaire, est fixé après exposition au dehors. Pour cela le pourtour du pédicule est enclavé dans une lanière de gaze iodoformée formant une collerette profonde. Les points de suture sont inutiles.

L'atrophie progressive du goître débute dès le 6<sup>e</sup> jour.

La disparition fut complète en quelques semaines, chez les opérés de Poncet et de Jaboulay qui, le premier, tentèrent l'opération.

L'auteur propose d'appeler l'exothyropexie : opération de Jaboulay.

Il termine en attirant l'attention sur la possibilité de pratiquer, avec succès probable, des opérations analogues en cas de tumeurs abdominales.

L'exothyropexie doit être préférée à la thyroïdectomie partielle, à la strumectomie (énucléation des tumeurs intra-thyroïdiennes encapsulées), dans les goîtres suffocants toujours charnus-vasculaires.

Cette opération est sûre, rapide, sans aucun danger post-opératoire immédiat.

F. H.

**De la mort chez les enfants par l'hypertrophie du thymus, par J. MUSSY. (*Médecine moderne*, 21 janvier 1893).**

Rien de plus obscur que la pathologie du thymus. Est-ce donc à tort qu'on a donné le nom d'asthme thymique au spasme de la glotte chez les enfants ? Déjà, au XVIII<sup>e</sup> siècle, on accusait le thymus de produire l'asthme infantile : Kopp, en 1830, le premier donna corps à cette doctrine. Celle-ci fut vivement combattue par Hérard, Rilliet et Barthez, et l'on admit l'origine convulsive du spasme glottique, qui devint une convulsion interne. Récemment, on est revenu en Allemagne à l'idée d'un asthme thymique : Pott (1892) ayant autopsié huit enfants morts subitement au milieu d'un accès de suffocation, trouva un thymus doublé ou triplé de son poids normal. Dans ces observations cliniques, voici comment les choses se sont passées le plus souvent. En mettant une cuillère dans la bouche de l'enfant pour examiner sa gorge, celui-ci tout à coup rejette la tête en arrière, fait de violentes inspirations, les yeux roulent en haut, et les paupières sont extrêmement dilatées. Les lèvres sont cyanosées, gonflées ainsi que le reste du visage. Les poings sont fermés, les avant-bras contracturés en pronation, les jambes raidies en extension. Quelques secousses fibrillaires dans les muscles de la face, quelques mouvements d'inspiration qui ne peuvent arriver à faire entrer l'air dans les voies respiratoires. Puis subitement la contracture disparaît, le visage se décolore, la langue et les lèvres deviennent livides, et, en deux minutes au plus, l'enfant est devenu un cadavre.

Comment agirait le thymus hypertrophié dans la production de ces accidents mortels ? On ne saurait admettre que le thymus, pesât-il même cinquante grammes, puisse aplatir la trachée,

qui résiste à un poids de cent grammes (Scheele). Peut-être comprime-t-il les récurrents ; peut-être en agissant sur le ventricule droit ou l'artère pulmonaire, amène-t-il de la paralysie cardiaque. Il peut se faire aussi que serré entre le sternum et la trachée, il contracte avec celle-ci des adhérences : ces deux organes se soudent ; il se fait une dégénérescence graisseuse de la paroi trachéale qui se ramollit, puis brusquement, sous l'influence de la flexion de la tête, la trachée s'aplatit, et l'asphyxie commence.

En somme, il faut à côté de la forme éclamptique du spasme de la glotte chez l'enfant, admettre une forme due à l'hypertrophie du thymus ; et dans cette dernière, plus spécialement, la mort arrive au milieu de l'accès de suffocation.

M. L.

---

## NOUVELLES

---

Une réunion préparatoire du Comité d'organisation vient de se tenir en vue du *Congrès des médecins et chirurgiens américains* qui aura lieu à *Washington* dans la dernière semaine de mai 1894.

Ont été choisis comme membres du comité local :

Pour l'*Association otologique*, le Dr S. O. RITCHIE ; pour l'*Association laryngologique*, Dr E. MORRIS MURRAY. Cette dernière a choisi comme sujet de discussion la chirurgie intra-nasale. (*N. Y. Med. record*, 11 nov. 1893).

---

## XI. CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE A ROME

29 mars — 5 avril 1894

### I. — Communications.

1° Les titres de toutes les communications que les membres adhérents désireront faire au Congrès devront être adressés au Secrétariat général avant le 31 janvier 1894.

2° En même temps que le titre, l'auteur devra remettre, pour le secrétaire général, un très court résumé de son travail et ses conclusions. Les dernières seront imprimés par les soins du bureau et distribués aux Congressistes.

3° Le programme publié contiendra les titres de toutes les communications annoncées ; il mentionnera en outre les titres de toutes celles qui ont été publiées par la presse scientifique, partiellement ou entièrement, après le renvoi du Congrès.

4° Une étoile en marge indiquera les communications annoncées après le 31 août 1893.

## II. — Réduction sur les chemins de fer.

Les Compagnies des chemins de fer accorderont les réductions annoncées avant le renvoi du Congrès. Ces réductions seront valables du 1<sup>er</sup> mars au 30 avril. Un avis ultérieur donnera des indications précises à ce sujet.

## III. — Communications diverses.

Il sera très facile de trouver des chambres dans les hôtels de Rome pendant la durée du Congrès, c'est-à-dire du 29 mars au 5 avril ; mais les membres adhérents voyageant avec leur famille, qui désireraient retenir à l'avance des appartements, doivent dès maintenant en informer le Secrétariat général français. Prière d'indiquer le nombre et le genre de chambres que l'on désire la durée approximative du séjour à Rome, et l'époque probable de l'arrivée.

Secrétariat général : Dr MARCEL BAUDOUIN, 14, boulevard Saint Germain.

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

Ordre du jour de la séance du 1<sup>er</sup> décembre :

Coup de feu dans l'oreille. Observation, par MÉNIÈRE.

Installation électrique sur la canalisation du secteur de Clichy, par CHATELLIER.

A la fin du mois de Décembre 1893 a eu lieu à Saint-Petersbourg le 8<sup>e</sup> Congrès des Médecins russes en mémoire de M. Pirogoff. Au nombre des sections qui doivent composer ce Congrès, figure des *maladies du larynx et de l'oreille*.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée.) — Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.



L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

La surdité dans la méningite cérébro-spinale, par G. Gradenigo (Extrait de la *Revue Int. de Rhin. Otol. et Lar.*, 10 octobre 1894).

Néoplasmes du rhino-pharynx et du nez, par J. Solis-Cohen (Leçon faite à la clinique laryngologique de Jefferson med. collège hospital, 13 octobre 1893).

Laryngectomie, par J. Solis-Cohen (Extrait des *Transactions of the Philadelphia County med. soc.* 1893).

Voix sans larynx, par J. Solis-Cohen (Extrait du *Med. news*, 14 octobre 1893).

Douches nasales et sprays, par J. Wright (Extrait du *N. Y. med. cord*, 14 janvier 1893).

Quelques remarques sur la structure des polypes œdémateux du nez par J. Wright (Extrait du *N. Y. med. journ.* 4 novembre 1893).

Manifestations laryngées du rhumatisme, par J. E. Newcomb (Extrait de *The intern. med. magazine*, août 1893).

Traitement par l'électrolyse de certaines affections du septum nasal, par J. E. Newcomb (Extrait du *N. Y. med. record*, 5 août 1893).

Hémorragie consécutive à l'opération de l'extraction du tissu adénoïde de la voûte naso-pharyngée : observation d'un cas mortel par J. E. Newcomb (Extrait de *The amer. journ. of the med. Sciences* novembre 1893).

Cliniques et polycliniques de laryngologie otologie rhinologie en Allemagne, Autriche, Angleterre, par F. Maurel (Broch. de 81 pages, G. Steinheil, éditeur Paris, 1893).

De la voix eunuchoïde. Son traitement, par A. Cadot (Broch. de 62 pages, A. Rey, imprimeur, Lyon, 1893).

I. Le traitement médical de la tuberculose laryngée. II. Mycosis bénin de l'arrière-gorge, par J. Garel (Tirages à part de la *Rev. de lar. otol. et rhin.* Nos 12 et 13, 1893).

Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire par E. Sauvez. (Broch. de 142 pages, Soc d'Éditions Scient. Paris, 1893).

Pharyngite aiguë, par M. Thorner (Extrait de *the Burnett's System of diseases of the ear, nose and throat*, Philadelphie, 1893).

Syphilis de la tonsille linguale, par S. Schiffrs (Extrait des *Ann. de la Soc. méd. chir. de Liege*, 1893).

I. Die Poliklinik für Sprachstörungen zu Berlin in den Jahren 1891 und 1892 (La Polyclinique pour les troubles de la parole à Berlin pendant les années 1891 et 1892). II. Die geschichtliche Entwicklung der Lehre von den Gaumensegelbewegungen beim Sprechen nebst eigenen neuen Untersuchungen (Histoire du développement de l'étude des mouvements du voile du palais pendant la parole avec quelques nouvelles recherches personnelles), par H. Gützmann (Tirage à part du *Monats. f. d. gesamt Sprachheilk.* 8 août 1893).

Notes on the Pathology of periodical hyperæsthetic rhinitis (Hay fever) and its treatment by glacial acetic acid (Notes sur la pathologie de la rhinite périodique hyperesthésique et son traitement par l'acide acétique glacial), par C. E. Sajous (Extrait de *The universal med. journ.* septembre 1893).

Transactions of the american otological society (Comptes rendus de la Société d'otologie américaine, 26 réunion annuelle, Fort Griswold House, New London, Com. 18 juillet 1893. Vol. 5, 3<sup>e</sup> partie, *Mercury publishing company*, New Bedford, mars 1893).

Le Gérant : G. MASSON.

